



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

“MIN ENDA UTVÄG VAR ATT TA EN AKTIV ROLL”

- hanteringsstrategier hos personer med egentlig depression

Författare

Ragnhild Schmidt och Sara Thulin

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Sofie Jakobsson
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka vår eminenta handledare Christopher för all kunskap och allt stöd. Vi vill även tacka Chalmers för upplåtande av grupprum och mikrovågsugnar (utan deras kännedom). Tack till alla som peppat oss under arbetets gång, särskilt Staffan och Hjalmar.

Titel (svensk)	“Min enda utväg var att ta en aktiv roll” – hanteringsstrategier hos personer med egentlig depression
Titel (engelsk)	“My only way out was to take an active role” – coping strategies in individuals with major depression
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Författare	Ragnhild Schmidt och Sara Thulin
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Sofie Jakobsson

Sammanfattning:

BAKGRUND: Depression är den sammantaget största orsaken till arbetsoförmåga globalt. I Sverige har mellan fyra och tio procent av den vuxna befolkningen en pågående depression. Det är en sjukdom som påverkar hela människan; både tankar, känslor, beteenden och den fysiska hälsan. En sjuksköterska bör i sin profession arbeta hälsofrämjande och ha ett holistiskt synsätt där individens egna upplevelser står i centrum och där dennes egenvårdsförmåga är i balans med de egenvårdskrav som finns. **SYFTE:** Att beskriva de hanteringsstrategier personer med egentlig depression använder i sitt dagliga liv. **METOD:** En litteraturöversikt med artiklar funna främst via PsycINFO, som sedan granskades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys för att hitta alla strategier som beskrevs i artiklarna. **RESULTAT:** Resultatet presenterades i tre huvudkategorier: kortsiktiga strategier, strategier i vardagslivet och sjukdomsrelaterade strategier. Dessa delades i sin tur in i subkategorierna att dölja, att döva, att organisera sitt liv, att leva sitt liv, att acceptera depressionen, information och ökad kunskap samt egna och professionella interventioner. **SLUTSATS:** Det var inte enskilda strategier, utan en mängd olika, som hjälpte individerna att hantera sin sjukdom och nå återhämtning. Dessa strategier kan ges ut till patienter inom vården och ingå i sjuksköterskors utbildning för att stärka egenvårdsförmågan hos patienter. Att ha kunskap både om de strategier som anses främja måendet och de som inte anses göra det, kan leda till att sjuksköterskan får en ökad förståelse för dessa individer.

Nyckelord: egentlig depression, hanteringsstrategier, omvårdnad, egenvård

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund.....	5
Depression	5
Diagnos och symtom	5
Orsak.....	7
Behandling och omvårdnad	7
Hälsa, hälsopromotion och sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.....	9
Att understödja individen i att hantera sin sjukdom	10
Sjuksköterskans uppgift och roll enligt Travelbee	10
Orems egenvårdsmodell	11
Problemformulering.....	12
Syfte	13
Metod	13
Design och litteratursökning.....	13
Dataanalys.....	14
Resultat	14
Kortsiktiga strategier.....	15
Att dölja	15
Att döva.....	16
Strategier i vardagslivet	17
Att organisera sitt liv.....	17
Att leva sitt liv.....	18
Sjukdomsrelaterade strategier.....	18
Att acceptera depressionen	19
Information och ökad kunskap	19
Egna interventioner	19
Professionella interventioner	21
Diskussion.....	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	23
Implikationer och slutsats	26
Referenslista.....	28
Bilagor.....	
Bilaga 1. Söktabell.....	
Bilaga 2. Artikelöversikt.....	
Bilaga 3. Exempelsida från innehållsanalys.....	

Inledning

Psyisk ohälsa är vanligt och tros bli ännu vanligare, där depression är en av de mest förekommande diagnoserna. Detta är något som författarna upplever är påtagligt i samhället. Trots detta är depression relativt okänt och psykisk ohälsa i allmänhet tabubelagt. Inte heller i sjuksköterskors grundutbildning talas det särskilt mycket om denna sjukdom, vilket gör att det finns ett behov av att veta mer om ämnet. Författarna har under egna erfarenheter av psykiatrisk vård upplevt att det varit alltför lite fokus på omvårdnad och att det medicinska perspektivet dominerat. Därav har ett intresse växt fram för hur sjuksköterskan i ett omvårdnadsperspektiv kan möta dessa patienter och stödja dem i att hantera sin sjukdom. Att hantera är något alla gör i sina liv oavsett sjukdom eller inte, och att ha kunskap om hantering och hanteringsstrategier kan därför vara givande inom alla delar av vården.

Bakgrund

Depression

Enligt Världshälsoorganisationen WHO (2015) uppskattas cirka 350 miljoner människor världen över, i olika åldrar, vara drabbade av depression och prevalensen ökar. Mellan fyra och tio procent av den vuxna befolkningen i Sverige har en pågående depression (Socialstyrelsen, 2011). Både här och globalt är det fler kvinnor än män som insjuknar. Av alla kvinnor i Sverige kommer minst 25 procent drabbas av en depression som kräver behandling, för män är den motsvarande siffran 15 procent. Depression är den sammantaget största orsaken till arbetsoförmåga globalt (WHO, 2015). Den mest allvarliga konsekvensen av depression är suicid och mer än 800 000 människor dör genom suicid varje år. Förutom att orsaka lidande på individnivå utgör depression också ett stort problem på samhällsnivå. Depression ger höga kostnader för sjukvården, bara i Sverige var kostnaden år 2008 nästan 160 000 kr per patient (Ekman, Granström, Omérov, Jacob & Landén, 2013). Med rätt behandling kan de flesta patienter bli helt symtomfria, men recidivrisk är stor och av dem som drabbats av en första depression kommer tre av fyra att någon gång under livet insjukna på nytt (Skärsäter, 2006).

Diagnos och symtom

Depression räknas som ett förstämningssyndrom, vilket innebär att det har att göra med förändringar i stämningstillståndet (Skärsäter, 2010). Det finns flera former eller nivåer av depression. De två huvudsakliga typerna är egentlig depression och dystymi, varav egentlig depression är den mest förekommande. Den främsta skillnaden mellan egentlig depression och dystymi är att dystymi är mer långvarig (Wasserman, 2003). För att diagnosen dystymi ska ställas ska personen ha haft kronisk nedstämdhet i minst två år i kombination med ytterligare två symtom som också är typiska för egentlig depression. Andra undergrupper är depression hos barn, ungdomar och äldre och depression i samband med graviditet och förlossning, även kallat för postpartumdepression. Även bipolärt syndrom räknas till förstämningssyndrom, ett tillstånd där personen under sin sjukdomsperiod pendlar mellan depression och mani.

Depression är en “helkroppssjukdom” som påverkar hela människan; den fysiska hälsan, personens tankar, känslor och beteenden (Skärsäter, 2006), det vill säga alla delar av livet påverkas. De två huvudsakliga kriterierna för att ställa diagnosen egentlig depression är nedstämdhet och/eller minskat intresse eller glädje som pågått i princip dagligen under minst två veckor. Dessutom ska tre av följande symtom finnas (Allgulander, 2014):

- Viktnedgång eller viktuppgång som beror på förändrad aptit
- Sömnstörning
- Agitation eller hämning
- Svaghetskänsla, trötthet och minskad energi
- Känsla av att vara värdelös, skuldkänslor och självförebråelser
- Minskad tanke eller koncentrationsförmåga, svårigheter att fatta beslut
- Tankar på döden, suicidtankar, suicidförsök och suicidplaner

Sjukdomen kan förutom dessa symtom också ge andra symtom såsom smärta och minskad sexlust (Skärsäter, 2010).

Alla människor drabbas av nedstämdhet ibland. Det kan vara en reaktion på olika övergångsperioder i livet, svåra livssituationer eller dödsfall i ens närhet (Wasserman, 2003). Den här typen av nedstämdhet är ingen sjukdom utan något helt normalt som vanligtvis inte kräver behandling. Figur 1 nedan visar samband och skillnader mellan naturlig nedstämdhet och sjukdom:

Naturlig nedstämdhet	Maladaptiv stressreaktion med nedstämdhet	Egentlig depression (olika former)	Dystymi eller sjukligt svärmod
↓	↓	↓	↓
Betraktas inte som sjukdom	Betraktas som psykologisk reaktion på gränsen mellan naturlig nedstämdhet och psykisk sjukdom	Betraktas som psykisk sjukdom	Betraktas som psykisk sjukdom

Figur 1. Tillstånd med sänkt stämningsläge.
(Wasserman, 2003, s. 40)

Enligt Skärsäter (2006) kan symtombilden vid depression se olika ut hos kvinnor och män. Hos kvinnor ses oftare de symtom som är klassiska för depression såsom nedstämdhet, låg självkänsla och trötthet, medan det hos männen är vanligare med ändrat humör i form av irritation och aggressivitet. I likhet med detta menar Wasserman (2003) att ett symtom som är särskilt betydelsefullt för att ställa diagnosen depression hos män är minskat intresse för vanliga aktiviteter och minskad glädje, då män ofta inte visar sig ledsna eller nedstämda i lika stor utsträckning som kvinnor gör. Samma författare menar att orsaken till att fler kvinnor än män får diagnosen depression delvis kan vara att kvinnor har en större förmåga att känna igen och uttrycka sina symtom än män har. Det finns dock ingen vedertagen orsak till skillnaden mellan könen. Flera forskare ställer sig frågande till om det verkligen är så att kvinnor drabbas av depression

oftare än män, även om statistiken visar det (Wasserman, 2003). Teorier finns om att män är betydligt mer drabbade än vad som är känt, men att deras depressioner ofta döljs av ångest, alkoholmissbruk, ökad aggressivitet, våldsamhet och suicid.

Orsak

Det finns inget entydigt svar om varför depression uppkommer. Biologi, psykosocialt arv samt kulturell och fysisk miljö samspelar alla med varandra och måste tas hänsyn till vid en depressions uppkomst (Wasserman, 2003). De biologiska hypoteser som finns om depressionens uppkomst handlar om hjärnans signalsubstanser, det vill säga de ämnen som ser till att överföring av nervimpulser sker mellan nervceller. Mer specifikt nämns monoaminer som viktiga för den psykiska hälsan, vilka är bland andra serotonin, dopamin och noradrenalin. En persons känsloliv påverkas av dessa signalsubstansers halter och samspel. En brist eller rubbning, alternativt en störd funktion hos nervcellerna som reagerar med signalsubstanserna, kan sägas ha ett delvist ansvar i att orsaka en depression.

Signalsubstanser samspelar även med hormoner och immunsystemet, vilket numer uppmärksammas i högre grad för att försöka förstå en depressions ursprung (Wasserman, 2003). En tydlig störning i det hormonella systemet förekommer vid depressionssjukdomar, vilket i sin tur ger en påverkan på kroppens organ då flera hormoner reglerar deras funktion. Hormonerna återkopplar även tillbaka till hjärnan vilket gör samspelet synnerligen komplicerat. Exempel på hormoner som kopplas till depression är stresshormonerna adrenalin och kortisol, hormonet melatonin som reglerar vår dygnsrytm, samt prolaktin, ett hormon mest känt för att stimulera mjölkproduktion hos ammande kvinnor. Prolaktin kan både hos män och kvinnor vara förhöjda, medan melatoninnivåerna, som hos en frisk person varierar under dygnet, istället jämnas ut under en depression. Av stresshormonerna är det främst kortisolnivåerna som påverkas, och vid svår depression kan de ligga på topp dygnet runt. Kortisol stimulerar vanligen en del av hjärnan som är viktig för inläring och minne, kallad hippocampus. Vid dessa förhöjda nivåer kan dock kortisolelet bli toxiskt och ge en försämring av kognitiva funktioner, samt hos vissa även långsiktiga förändringar som att hippocampus minskar i storlek.

Störningen i stressnivåer hos deprimerade personer har varit känd länge, men först nyligen är det förstått att denna rubbning inte behöver vara medfödd utan också kan vara förvärvad från akut och kronisk stress på grund av separation, förlust, mobbning, arbetslöshet, flyktingskap med mera (Wasserman, 2003). Detta perspektiv som fokuserar på förvärvad sårbarhet från psykiska och sociala trauman och det andra med fokus på de medfödda egenskaper och sårbarheter en person har ses idag som tätt sammanflätade och används i den så kallade stress- och sårbarhetsmodellen (Wasserman, 2003).

Behandling och omvårdnad

Socialstyrelsen har utformat nationella riktlinjer (2010) för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekommendationerna är olika beroende på hur allvarlig depressionen är, men de olika behandlingsformerna är följande:

- Psykologisk behandling i form av till exempel kognitiv beteendeterapi (KBT), intrapersonell terapi (IPT) eller psykodynamisk korttidspsykoterapi
- Läkemedelsbehandling
- Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Psykodynamisk psykoterapi är en terapi som grundar sig i olika skolor inom psykoanalysen. Målet med terapin är att personen som behandlas, via behandlarens analys och tolkning, ska få insikt i sin livshistoria och de underliggande konflikter som resulterar i depression och ångest. Genom detta ska då personen ersätta de tidigare icke-funktionella konfliktlösningarna mot en mer realistisk strategi. Med hjälp av detta fås bättre självkänedom, självständighet och ökad självkänsla. Vanligen pågår denna terapi i cirka två år, men korttidsbehandling pågår från tre månader till ett år. Tidsavgränsning och fokus under behandlingen bestäms då oftast i förväg (Wasserman, 2003).

Interpersonell terapi (IPT) är en form av psykodynamisk psykoterapi, och kallas även explorativ psykoterapi då den har som mål att avtäcka och belysa frågeställningar kring det problemområde som framkallar och bibehåller en depression. Förutom det explorativa används även inläring, stöd och uppmuntran. Till skillnad från analys och tolkning av en livshistoria, som i psykodynamisk psykoterapi, utgår det från en här-och-nu-situation. Terapin kan användas som långtidsbehandling och pågå i två år, men vanligen består den av ungefär tjugo tillfällen med förbestämd inriktning och målformulering. Fokus i interpersonell terapi ligger på relationer och hur den deprimerade kommunicerar med sin omgivning. Kommunikationsmönster som inte är konstruktiva tas upp för att ge insikt i det egna kommunikationssättet och för att lära sig de mönster som ökar den sociala förmågan och främjar goda relationer. Detta kan handla om att lära sig uttrycka de känslor som finns, såsom ömhet, kärlek och självhävdelse (Wasserman, 2003).

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en terapiform som alltmer används som förstahandsalternativ framför den psykodynamiska (Mattsson, 2010). Målet med kognitiv beteendeterapi är att en person ska förändra sitt beteende genom att ändra uppfattningen om sig själv och sin omgivning, och på så sätt må och fungera bättre. Mycket energi läggs därför på att utarbeta sätt för personen att hantera och förhålla sig till problem så att de upphör att vara stora hinder i livet. Likt interpersonell terapi utgår denna från en här-och-nu-situation och är även den en korttidsterapi på runt tio till tjugofem tillfällen. Terapeuten och den behandlade bildar en samsyn på de problem som finns och bestämmer mål och arbetssätt gemensamt (Kunskapsguiden, 2011).

Läkemedelsbehandlingen består till en början vanligtvis av läkemedel som påverkar signalsubstanserna serotonin och noradrenalin, så kallade SSRI- och SNRI-preparat (Allgulander, 2014). Läkemedlen har oftast inte effekt på själva depressionen förrän efter minst ett par veckor, men däremot är biverkningar såsom illamående, huvudvärk och värmekänsla vanligt under de första dagarna av behandlingen. Även under resten av behandlingstiden förekommer biverkningar i form av viktförändring, svettning, värmekänslor och förändrad sexlust och sexuell förmåga. De flesta patienter upplever sig vara symtomfria från sjukdomen inom ett par månader, men vanligtvis fortsätter behandlingen i 6-12 månader vid ett första insjuknande. För att undvika olika utsättningssymtom som exempelvis myrkrypningar och yrsel kan dosen trappas ner under 2-3 veckor vid behandlingens slut (Allgulander, 2014).

Elektrokonvulsiv behandling, eller ECT, innebär att under narkos inducera ström i patientens hjärna och därigenom framkalla en liknande aktivitet i hjärnan som vid ett epileptiskt anfall (Allgulander, 2014). Detta upprepas sammanlagt sex till tolv gånger, vanligen tre gånger i veckan. Under den period då behandlingen ges kan patienten få tillfälliga biverkningar i form av stört närminne, störd inlärningsförmåga och

huvudvärk. Det har funnits många myter kring denna behandling, men det finns ingen evidens för att den skulle ge kroniska skador på hjärnan och den har ofta god effekt. Många patienter får dock tillbaka sina depressiva symtom och ECT kan därför vara lämpligt som underhållsbehandling till patienter som har just återkommande depressioner (Allgulander, 2014).

Enligt Skärsäter (2010) kan omvårdnadsåtgärder vid depression vara exempelvis att stärka funktionsförmågan hos patienten genom träning, strukturstödjande aktiviteter, olika typer av samtal, fysisk aktivitet och olika avspänningsmetoder. Samma författare menar att sjuksköterskan i sitt arbete ska fokusera på att stötta patienten att själv göra hälsofrämjande förändringar och att målet ska vara förbättrad livskvalitet för patienten samt minskad risk för återinsjuknande. I SBU:s (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) rapport (1999) om evidensbaserad omvårdnad i behandlingen av personer med depressionssjukdomar står det att omvårdnaden utgörs av två delar, dels uppgiften som ska utföras samt relationen mellan vårdgivare och vårdtagare. Både samspelet mellan parterna och sättet på vilket uppgiften utförs är viktigt för kvaliteten på omvårdnaden. Det är personens funktionella hälsotillstånd i relation till de dagliga krav denne har, som avgör vilka omvårdnadsinsatserna blir.

Hälsa, hälsopromotion och sjuksköterskans hälsofrämjande arbete

WHO (2015) definierade år 1946 hälsa som: "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, socialt och psykiskt välbefinnande, och inte bara frånvaro av sjukdom eller handikapp." De skriver också att hälsa är en resurs och inte livets ändamål, ett positivt begrepp med betoning på sociala och personliga resurser samt fysiska förmågor. Det finns en mängd olika teorier kring vad hälsa är och hur det är kopplat till sjukdom. Inom vissa teorier ses sjukdom och hälsa som motpoler, men det finns också andra perspektiv. Jormfeldt (2006) skriver att sjukdom endast är en del av hälsobegreppet och att personer med sjukdom eller fysiska begränsningar därför kan uppnå hälsa på andra områden om denne hittar strategier att hantera sin sjukdom. I likhet med detta finns det salutogena synsättet, där sjukdom och hälsa anses kunna förekomma samtidigt. Det som avgör om en person upplever hälsa eller inte är om personen har en känsla av sammanhang och därför kan hantera livets stressfaktorer (Jormfeldt, 2006). Känsla av sammanhang uppnås genom begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Begriplighet handlar om huruvida personen känner att stimuli inifrån och utifrån är begripliga och inte kaotiska, hanterbarhet innebär att individen upplever sig ha resurser, såsom socialt nätverk, för att möta omvärldens krav och meningsfullhet handlar om att finna mening i livet och att uppleva att det är värt att investera i livets krav och problem.

Vad gäller begreppet hälsopromotion så beskriver WHO (2015) det som: "processen för att möjliggöra för människor att öka kontrollen över, och att förbättra, sin hälsa". Svedberg (2006) skriver att hälsofrämjande insatser idag främst riktar sig till personer som är friska och inte till dem som har någon form av diagnos. Hon menar att individer som har någon typ av sjukdom också kan uppleva hälsa och att sjukvården förutom att lindra sjukdomen också bör erbjuda hälsofrämjande insatser. I enlighet med detta står det i ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor att sjuksköterskans främsta ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008) har även den svenska regeringen slagit fast att vårdens insatser ska vara hälsofrämjande. För att tydliggöra vad hälsofrämjande omvårdnad är publicerade Svensk Sjuksköterskeförening år 2008 en strategi för sjuksköterskans

hälsofrämjande arbete. Den bygger på synsättet att individer är kapabla till hälsa och välbefinnande oavsett diagnoser och ohälsotillstånd. De menar därför att den hälsofrämjande omvårdnaden bör utgå från en holistisk syn på människan och inrikta sig på att förstå personens livsvärld vad gäller hälsa, sjukdom och lidande snarare än att fokusera på problem och diagnoser. Därför förutsätts den hälsofrämjande omvårdnadens insatser utgå från ett förhållningssätt som kännetecknas av delaktighet, dialog och jämlikhet i mötet med patienten. Sjuksköterskan ska arbeta så att både de andliga, existentiella, sociala, psykiska och fysiska behoven prioriteras likvärdigt, samt att personens egen upplevelse och tolkning av ohälsa respekteras och bekräftas (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Personens perspektiv är lika giltigt som det professionella perspektivet och i med det går det att arbeta hälsofrämjande utifrån personens egen betydelse av hälsa.

Att understödja individen i att hantera sin sjukdom

Joyce Travelbee har utvecklat en teori som visar hur sjuksköterskan kan arbeta för en omvårdnad där den sjuke individens upplevelse står i centrum. Dorothea Orem har i sin tur byggt upp en modell som tydliggör hur sjuksköterskan kan stärka vårdtagarens förmåga att möta sina egenvårdsbehov vid ohälsa.

Sjuksköterskans uppgift och roll enligt Travelbee

Travelbee var en psykiatrisjuksköterska som utvecklade en omvårdnadsteori med det huvudsakliga antagandet att syftet med omvårdnad endast kan uppnås genom att en mellanmänsklig relation etableras mellan sjuksköterska och vårdtagare (Travelbee, 1971). Omvårdnadens syfte menar hon är att hjälpa en individ, familj eller ett samhälle att förebygga eller hantera sjukdom eller lidande och, om nödvändigt, finna mening i dessa upplevelser. Vad gäller hälsa beskriver Travelbee att det finns två dimensioner, den objektiva och den subjektiva hälsan. Objektiv hälsa innebär frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning medan subjektiv hälsa handlar om hur individen själv uppfattar sin hälsa. Det är viktigt för sjuksköterskan att känna till individens egen upplevelse för att kunna hjälpa denne. På samma sätt är det, om personen har en sjukdom, viktigt för sjuksköterskan att veta hur personen själv uppfattar den och känna till personens attityd gentemot den. Enligt Allgulander (2014) påverkas människors attityder gentemot att söka hjälp för psykisk ohälsa av att det i samhället finns en mängd fördomar och en stigmatisering kring den typen av ohälsa.

Sjuksköterskan behöver enligt Travelbee (1971) ha ett disciplinerat intellektuellt angreppssätt till problem, det vill säga vara utbildad och ha kunskap, och samtidigt använda sig själv terapeutiskt vilket innebär att använda sin egen personlighet på ett medvetet sätt i omvårdnaden. För att kunna skapa den mellanmänskliga relation som är nödvändig för att omvårdnadens syfte ska kunna uppnås och vårdtagarens behov bli mötta, behöver sjuksköterskan först och främst se vårdtagaren som människa och inte som patient då det annars skapar en distans mellan dem. Inte heller får personen ses som en sjukdom istället för en person *med* en sjukdom eller endast som en uppgift som sjuksköterskan ska utföra. Travelbee definierar människan som en unik individ som har betydelse och värde och menar att detta synsätt är viktigt inom omvårdnad. På samma sätt som vårdtagaren behöver ses som människa behöver också sjuksköterskan själv bli människa för vårdtagaren genom att bryta igenom fasaden av sin roll, titel, position eller status för att kunna relatera till den andre. Det är först när de båda möter varandra som unika individer som skapandet av relationen blir möjligt.

Omvårdnadsbehov definierar Travelbee (1971) som alla de behov som den sjuka personen eller dennes familj har, som sjuksköterskan kan och får möta. Det är när dessa behov blir mötta som personen eller familjen blir hjälpta att förebygga eller hantera upplevelsen av sjukdom och lidande. Travelbee beskriver fem steg för att sjuksköterskan ska kunna möta omvårdnadsbehoven: vara observant för att kunna se om personen har ett behov, bekräfta att detta behov finns genom att kommunicera med patienten (när det är möjligt), avgöra om det är möjligt för sjuksköterskan att möta detta behov eller om personen ska hänvisas till annan vårdpersonal, planera omvårdnadsåtgärder och till sist utvärdera i vilken utsträckning behovet blivit mött.

Begreppen hopp och kommunikation är två andra centrala delar i Travelbees teori (1971). Sjuksköterskan har ett ansvar att hjälpa den sjuka personen att upprätthålla hopp, att undvika hopplöshet eller att återfå hopp. Detta kan uppnås genom att vara tillgänglig och villig att hjälpa. Sjuksköterskan kan dock aldrig ge personen hopp, utan förse denne med olika verktyg för att personen själv ska kunna uppleva hopp. Vad gäller kommunikationen är den av stor vikt för att sjuksköterskan ska kunna etablera den mellanmänniska relationen med vårdtagaren. Det är genom kommunikation och interaktion som sjuksköterskan kan lära känna personen, se och möta den sjuka personens omvårdnadsbehov och uppfylla själva syftet med omvårdnaden. Kommunikation är både verbal och icke-verbal och sjuksköterskan behöver ha en viss skicklighet för att kunna använda kommunikationen på ett målmedvetet sätt.

Ytterligare en viktig del av sjuksköterskans ansvarsområden är att hjälpa vårdtagare och dess anhöriga att finna mening med sjukdomen (Travelbee, 1971). Det betyder i detta fall inte att se själva sjukdomen i sig som något gott, men att se att sjukdom och lidande kan ge meningsfulla erfarenheter som kan vara självförverkligande, och därmed se en mening med den. Sjuksköterskan kan inte ge denna mening åt personen, men däremot hjälpa denne att själv finna mening. Ett första steg kan behöva vara att hjälpa personen att acceptera sin mänsklighet och skörhet. Travelbee föreslår en rad olika metoder för att uppnå detta, bland annat genom att sjuksköterskan delar med sig av personliga erfarenheter som kan hjälpa personen att själv komma till insikt och acceptans.

Orems egenvårdsmodell

En omvårdnadsteoretiker som i likhet med Travelbee diskuterar vårdtagarens behov och hur dessa ska kunna mötas är Dorothea Orem. Hon utvecklade en egenvårdsmodell (1991) som består av tre teorier om egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Grundpremisen i modellen består av att personer i sitt dagliga liv genomför handlingar i syfte att kunna hantera behov och bidra till fortsatt liv, hälsa och välbefinnande. Exempel på egenvårdsbehov kan vara allt från att andas till att balansera ensamhet och umgänge. Av detta följer att egenvård är en avsiktligt utförd reglerande funktion som involverar materiella resurser och energi för att som person fungera och utvecklas samt för att kunna hantera sin omgivning. Externt riktad egenvård framträder som observerbara händelser av att personer agerar riktat mot sig själv eller sin omgivning. Internt riktad egenvård å andra sidan är ej observerbar och varken orsak eller sökt resultat behöver vara känt för personen som genomför handlingen.

När personer av skäl relaterade till hälsa begränsas i sin egenvård finns en egenvårdsbrist, vilket enligt Orem (1991) är grunden till omvårdnadens syfte. När förmågan till hälsorelaterad egenvård är lägre eller kan förutsägas bli lägre än den förmåga som behövs för att möta ett behov, finns en egenvårdsbrist där omvårdnad är berättigad. Det är alltså relationen mellan krav och förmåga som påvisar om en brist

finns eller inte, och bristen kan komma antingen av en minskad förmåga eller ökade behov.

Sjuksköterskans del i detta är att fastställa patientens egenvårdsbehov och egenvårdsförmåga, att välja tillförlitliga och grundade metoder för att kunna möta behoven samt utforma det tillvägagångssätt på vilka metoderna ska användas. Vidare finns det tre olika sätt en sjuksköterska kan vårda på: helt kompenserande, delvis kompenserande samt stödjande och utbildande vård. Den sistnämnda vårdtypen används då en patient är fysiskt kapabel att genomföra all sin egenvård men behöver bistånd med vad som behöver utföras och hur det uppnås. Behovet av hjälp handlar då om beslutsfattande, att inta kunskap och färdigheter samt att kunna hantera påfrestningar. Från sjuksköterskans sida är det då lämpligt att tillhandahålla stöd, vägledning, en utvecklande miljö och undervisning. Tillsammans fördelar patient och sjuksköterska rollerna i patientens egenvård och i utvecklingen av patientens egenvårdsförmåga. De gemensamma handlingar som patienten och sjuksköterskan utför bevarar patientens egenvårdsförmåga och möter patientens egenvårdsbehov (Orem, 1991).

Egenvårdsmodellen kan i praktiken utrusta den psykiatriska vården med en omvårdnadsinriktning, således ett återhämtningsfokus, och hjälpa sjuksköterskan att fokusera på hela individen och dennes egenvårdsförmåga istället för det sjuka. Den kan förse sjuksköterskan med ett språk som ökar ett jämnt partnerskap till patienten istället för användning av yttringar, såsom *bristande följsamhet*, som trappar upp en maktrelation (Seed & Torkelson, 2012).

Något som är likt egenvård, eller self-care, är self-management, vilket skulle kunna översättas med självhjälpsteknik. När det gäller personer med psykisk ohälsa handlar self-management enligt Mental Health Foundation (u.å.) om de metoder och strategier som kan användas för att ta hand om och ta kontroll över sitt liv. Det finns speciella kurser för att lära sig nya sådana tekniker. Enligt Lazarus (2000) teori om coping beror effektiviteten av en hanteringsstrategi på personen, stressfaktorn, vilket stadie i den stressfulla händelsen personen är och vad strategin syftar till - välbefinnande, social funktion eller somatisk hälsa. Det finns det vill säga inga allmängiltigt effektiva eller ineffektiva hanteringsstrategier. Lazarus illustrerar detta med strategin förnekelse, vilken kan vara farlig vid exempelvis en hjärtattack eftersom kontakt med vården kan dröja, men däremot värdefull i situationer där ett tillstånd inte kan påverkas, exempelvis efter elektiv kirurgi.

Problemformulering

Depression är en av de vanligaste orsakerna till ohälsa, både globalt och i Sverige. Det bidrar till stora kostnader för samhället och till stort lidande för de individer som drabbas. Dessa individer finns i alla delar av vårdkedjan och är således något som alla sjuksköterskor kan möta. En sjuksköterska bör i sin profession arbeta hälsofrämjande och ha ett holistiskt synsätt där individens egna upplevelser står i centrum. Ett sätt att möjliggöra detta kan vara genom ökad kunskap kring vilka hanteringsstrategier som personer med depression själva använder i det dagliga livet. Med hanteringsstrategier menas både de tankar, inställningar och rent praktiska strategier som personen använder sig av i vardagen för att uppnå ett bättre mående. Både de hanteringsstrategier som kan anses vara negativa för individen i ett långtidsperspektiv och de strategier som förefaller vara främjande för den psykiska hälsan på sikt, är viktiga att känna till för att på bästa sätt förstå och kunna hjälpa denne.

Syfte

Att beskriva de hanteringsstrategier personer med egentlig depression använder i det dagliga livet.

Metod

Design och litteratursökning

Då syftet med studien var att beskriva hanteringsstrategier vid depression valdes metoden litteraturoversikt. Med denna metod kan nämligen kunskapen inom ett område beskrivas och sammanställas (Friberg, 2012). Studiens datainsamling bestod av sökning av vetenskapliga artiklar i olika databaser. Den databas som främst användes var PsycINFO, då den är inriktad på det psykologiska området (Karlsson, 2012). Även Cinahl som har mer av ett omvårdnadsfokus användes till viss del. Först gjordes en primär litteratursökning för att få en uppfattning av forskningsområdet i stort, ett så kallat helikopterperspektiv (Friberg, 2012). Sedan gjordes den egentliga sökningen där artiklar till studien valdes ut. Sökorden valdes med hjälp av MeSH och Cinahl Headings (Karlsson, 2012) och de som användes var: "depression", "coping", "qualitative", "self care", "self management", "major depression", "patients perspective" och "men". Dessa ord ansågs vara lämpliga för att finna relevant forskning inom området och för att få det perspektiv som följer syftet med studien. Vissa sökord som användes vid den primära litteratursökningen användes ej då de ej tillförde relevanta resultat. Ordet "qualitative" användes vid vissa av sökningarna då det var ett patientperspektiv som eftersöktes och ordet "men" användes vid en sökning för att tidigare träffar främst inkluderat studier endast med kvinnor. Vid sökningarna användes ibland endast ordets stam och trunkeringen * för att få träffar med ordets olika böjningsformer (Östlundh, 2012). Den booleska operatören "AND" användes för att kombinera sökorden. Vid varje sökning användes begränsningen "Peer Reviewed" för att träffarna med säkerhet skulle vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Vid ett tillfälle användes även "Adulthood", då det bestämts att studien skulle riktas in på vuxna och vid en annan "Qualitative Study".

Artiklarna valdes sedan ut enligt vissa inklusions- och exklusionskriterier. I denna studie var fokus främst på egentlig depression och eftersom depression hos äldre och barn och ungdomar ses som en annan undergrupp till depression uteslöts dessa åldersgrupper. Dessutom valdes alla artiklar om exempelvis postpartumdepression eller bipolärt syndrom bort, liksom artiklar som handlade om specifika somatiska eller psykiska sjukdomar i samband med depression. Däremot uteslöts inte de artiklar vars urval innefattade personer med dystymi, då det kan ses som en långvarig egentlig depression. De artiklar som handlade om en enda specifik strategi eller interventionsstudier på exempelvis en viss typ av self-management-kurs valdes också bort, då syftet var att undersöka och beskriva hanteringsstrategier mer generellt. Dessutom uteslöts studier med väldigt specifika grupper av informanter, för att resultaten inte skulle vara för bundna till kontexten. Exempel på detta var studier där informanterna var asiatiska kvinnor i Storbritannien eller homosexuella män.

Abstracten lästes på de titlar som verkade passa syftet och därefter valdes 24 artiklar ut för läsning. Ytterligare en artikel hittades genom manuell sökning. Tio av dessa ansågs lämpliga gällande syfte och kontext och granskades därefter. Granskningen gjordes genom separat läsning av artiklarna samt granskning med hjälp av SBU:s

granskningsmall för studier med kvalitativ forskningsmetod (2014). Resultatet av granskningen fördes in i en tabell. För söktabell och artikelöversikt, se bilaga 1 och 2.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera resultatdelen i de valda artiklarna. Målet med innehållsanalys är att beskriva, vilket kan göras både på manifest och latent nivå. Manifest nivå innebär att redovisa textens innehåll, medan latent nivå handlar om att göra en djupare tolkning av innehållet (Danielson, 2012). Detta gjordes enligt Graneheim och Lundman (2004) och innebär i denna studie att meningsbärande enheter valdes ut för att sedan skapa koder, subkategorier och kategorier. Analysen utfördes på en manifest nivå.

Nedan finns en lista som stegvis beskriver den analysprocess som utförts. Se även bilaga 3 för exempel från analysen.

1. Alla artikelresultaten lästes var för sig med markering av meningsbärande enheter under en andra läsning. Allt som beskrevs och uppfattades vara en hanteringsstrategi vid depression markerades.
2. Tillsammans valdes de meningsbärande enheterna ut för varje artikel och fördes in i en tabell.
3. De meningsbärande enheterna kodades och kondenserades separat med en gemensam genomgång.
4. Koderna sorterades till grupper efter typ av strategi eller strategins innebörd för att underlätta fortsatt sortering. En strategis innebörd har att göra med hur deltagarna eller författarna i de olika studierna själva lyft fram en strategi.
5. De nu befintliga grupperna av strategier sorterades in i olika kategorier, som namngavs, vilka skulle vara ömsesidigt uteslutande, det vill säga en strategi skulle inte kunna ingå i flera kategorier.
6. Grupperna inom varje kategori grupperades till subkategorier vilka sedan blev namngivna.
7. Under processen skedde fortgående justering av kodernas och gruppernas placering samt subkategoriernas och kategoriernas benämning. Namngivningen av subkategorier och kategorier gjordes med hjälp av att gå tillbaka till koderna och de meningsbärande enheterna för att inte förlora den ursprungliga innebörden.

Resultat

I resultatet presenteras alla olika typer av hanteringsstrategier som framkommit i de studier som analyserats, både praktiska, kognitiva och sådana strategier som har att göra med personers förhållningssätt. De har delats in i åtta subkategorier, som i sin tur är indelade i tre huvudsakliga kategorier. En översikt av denna indelning kan ses i nedanstående figur.

<u>Kortsiktiga strategier</u>	<u>Strategier i vardagslivet</u>	<u>Sjukdomsrelaterade strategier</u>
Att dölja	Att organisera sitt liv	Att acceptera depressionen
Att döva	Att leva sitt liv	Information och ökad kunskap
		Egna interventioner
		Professionella interventioner

Figur 2.

Kortsiktiga strategier

Denna kategori består av koncepten att dölja sin depression för andra och att döva sin depression genom kortsiktiga metoder. Med kortsiktiga strategier menas strategier som i artiklarna kunnat förstås vara sådana som på lång sikt inte leder till förbättring i personens mående, utan endast hjälper för stunden. Detta innefattade både medvetna och undermedvetna handlingar.

Att dölja

Denna subkategori innefattar sådant som att dölja sin sjukdom och sina symtom för andra, att låtsas må bra och att hantera depressionen själv - något som deltagarna gjorde på olika sätt för att skydda sig själva och sina familjer. I en artikel togs döljandet upp som ett stadie i en process (Ramirez & Badger, 2014) som föregås av känslor av utanförskap och att vara annorlunda. Den allmänna uppfattningen bland deltagarna var att de inte passade in eller hörde till, och att ingen brydde sig om dem. Detta gjorde att de kände sig ensamma, vilket bidrog till känslan av att vara annorlunda och ledde i förlängningen till att de inte upplevde sig vara en del av någon gemenskap eller samhället i stort. Flera deltagare i artikeln tog upp att de i början av denna nedåtgående spiral av utanförskap försökt nå ut till personer i sin omgivning men att de blivit avvisade och därför valt att börja dölja sina känslor. Ett exempel på detta var:

“Oh, I’d remember my dad one time at the table eating he just pretty much exploded he just pretty much said get over this, I am tired of you moping around....Ah, it was like a kick in the gut.” (Ramirez & Badger, 2014, s. 23)

I två andra artiklar framhölls stigmatisering som en orsak till att sjukdomen doldes. En studie på bara män av Chuick, Greenfeld, Greenberg, Shepard, Cochran och Haley (2009) kopplade detta till maskulinitet och menade att det var social press som gjorde att männen kände sig tvingade att dölja sina symtom. Deltagarna upplevde att depression inte var en socialt accepterad sjukdom för män att ha och att de som är deprimerade ses som svaga. Scattolon och Stoppard (1999) utförde en studie med kvinnor på landsbygden där flera deltagare tog upp att de inte ville att de andra invånarna i deras lilla samhälle skulle få reda på att de led av depression bland annat på grund av det tabu som fanns kring sjukdomen. Av samma anledning ville en av deltagarna inte söka professionell hjälp då hon var bekant med läkaren och dennes familj. I studien beskrevs också en rädsla för att andra skulle minimera ens upplevelser samt skuldbelägga en själv som anledningar till att dölja depressiva känslor.

Ramirez och Badger (2014) skrev att deltagarna i deras studie fick lära sig att förklara sina känslor. En av dem beskrev det som att bära en mängd olika masker och att istället för att berätta hela sanningen komma på något kreativt. Han menade att anledningen till detta var att skydda familjen från hans problem.

Att döva

Att döva handlar om att skjuta ifrån sig sina problem istället för att ta itu med dem, att ta sin tillflykt till sådant som hjälper en att undvika de negativa känslor som depressionen medför. Chuick et al. (2009) menade att en gemensam faktor för dessa strategier var att de endast gav en tillfällig lindring och sedan förvärrade de depressiva symtomen. I en artikel började detta med att deltagarna drog sig undan från andra (Ramirez & Badger, 2014). En av dem gjorde det genom att bli hård eller okänslig för dem runtomkring för att kunna döva sin egna känslomässiga smärta, en annan beskrev det på detta sätt:

“Well it kind of ties in to uh Standing on the Shore because it seems like if in my life my ship..... I’ve headed out to sea. I’m going in a complete different direction and I’m leaving people behind because I’m done being left behind” (Ramirez & Badger, 2014, s. 24).

Flera deltagare drog sig undan med hjälp av substanser som alkohol, droger och läkemedel (Chuick et al., 2009; Ramirez & Badger, 2014; Scattolon & Stoppard, 1999). En deltagare beskrev att hon hanterade sina depressiva känslor på följande sätt:

“and usually if I have them, I will take Tylenol 3 ... and I know it’s a drug but what it does is, it doesn’t really make me high ... but it takes the sadness away ... I was just barely coping most of the time” (Scattolon & Stoppard, 1999, s. 214)

Ramirez och Badger (2014) tog upp i sin artikel att det slutgiltiga målet med dessa strategier var att dämpa sitt lidande för att kunna fungera i vardagen. En deltagare i deras studie använde hasardspel med liknande syfte, att fly sin känslomässiga smärta. Ytterligare uttryck detta tog sig var att rikta en inneboende ilska utåt och låta den gå ut över andra verbalt eller fysiskt.

En annan del i subkategorin är att döva genom att förneka sina känslor och inte acceptera sin sjukdom. Detta kunde ske exempelvis genom att fokusera på uppgifter i hemmet och på arbetet (Chuick et al., 2009; Ramirez & Badger, 2014; Scattolon & Stoppard, 1999). Flera deltagare i artikeln av Scattolon & Stoppard (1999) uttryckte att det var viktigt att leva på som förut, delvis för att familjen inte skulle påverkas av att deltagaren mår dåligt. I samma studie förnekade flera deltagare sin sjukdom genom att försöka förklara den med andra ord såsom “I would love to find another word, but I just don’t know... women’s issues, stresses of life, something like that” (Scattolon & Stoppard, 1999, s. 213). Deltagarna uttalade att deras mående var en “normal” del av livet och att de inte ville kännas vid termen depression då detta inte stämde överens med deras erfarenheter.

Ett mer drastiskt sätt att vilja fly från sina känslor var att börja tänka på döden som ett alternativ. Flera män i Ramirez och Badgers studie (2014) beskrev sådana tankar. En av dem berättade om hur han aldrig haft suicidala tankar, men att han däremot brukade be till Gud om att “ta honom” då han kände att han inte längre kunde hantera sin situation:

“Never had suicidal thoughts. I used to pray for God to take me because I didn’t want to commit suicide because I was just too scared, just too scary. I used to pray that for a heart attack, do something, car accident, something, drowning, something fast. Let’s get it over with because I can’t do this anymore” (Ramirez & Badger, 2014, sid. 26)

Strategier i vardagslivet

Strategier i vardagslivet handlar om att organisera sitt liv och att leva sitt liv. Med andra ord är det de livsvanor en individ använder för att få ett fungerande dagligt liv. Detta inbegriper både aktiviteter personen praktiskt utför och hur denne gör för att få struktur i sin vardag. För att få en ökad struktur behövs både balansering av aktiviteter och att skapa en regelbundenhet. Gemensamt för dessa aktiviteter är att de förefaller vara främjande både för den fysiska och den psykiska hälsan samt att de kan möjliggöra en känsla av meningsfullhet.

Att organisera sitt liv

Att organisera sitt liv handlar om vad deltagarna gjorde för att nå balans och regelbundenhet i sitt liv. En sak som var avgörande för detta var att ta ett ökat ansvar för sina problem. Detta illustrerades av en av deltagarna i studien av Chuick et al. (2009): "I just got so sick of the way things were going [and I] realized that there was no way out of this unless I was going to take an active role" (Chuick et al., 2009, s. 308).

Medvetenhet om att depression måste hanteras aktivt togs även upp i en artikel av Grieken, Kirkenier, Koeter, & Schene (2014), där två strategier som ingick var att göra fler och fler val och att göra sitt bästa för att inte undvika problem de hade. I en artikel där deltagarna fått prioritera strategier var en av de viktigaste att återta ansvarsområden som andra tagit över (Grieken, Kirkenier, Koeter, Nabitz, & Schene, 2013). Andra strategier som nämndes var att balansera aktiviteter och prioritera det som var viktigt för en (Chambers et al., 2015; Skärsäter, Dencker, Häggström, & Fridlund, 2003a).

För deltagarna i studien av Chambers et al. (2015) involverade balansering att välja mellan olika aktiviteter, att ta saker i egen takt och begränsa eller avsluta aktiviteter efter behov. Att sätta gränser och att minska kraven på sig själv togs även upp i andra artiklar (Skärsäter et al., 2003a; Skärsäter, Dencker, Bergbom, Häggström, & Fridlund, 2003b). Det innebar för en deltagare att säga *nej* till sådant som inte fick en att må bra för att mer och mer kunna göra det en själv ville (Skärsäter et al., 2003b). I Skärsäter et al. (2003a) beskrevs det att insikten deltagarna fått om att deras liv var i obalans resulterade i aktiva val för att skapa förändring, vilket gav en känsla av kontroll. I en annan studie beskrev deltagarna att känslan av kontroll fick dem att känna sig mindre deprimerade. Vissa av dessa deltagare förklarade att de ibland kände sig maktlösa och instängda för att depressionen tog kontroll över dem. De var då tvungna att lita på att andra tog kontroll (Chambers et al., 2015).

Hjälpmedel för att balansera sitt liv var bland annat att göra listor, aktivitetskalendrar och tidsplaner och på så sätt bygga upp rutiner (Chambers et al., 2015; Grieken et al., 2013; Grieken et al., 2014; Peden, 1994). För en deltagare i studien av Chambers et al. (2015) gav det en bra känsla att åstadkomma saker varje dag. Vikten av att vara aktiv varje dag togs även upp i Pedens studie (1994) och illustrerades av en deltagare som efter att hon varit inlagd på sjukhus sade:

"I realized from the beginning she was teaching me skills. I remember her not making me, but getting me to make lists and that was the most helpful thing that she ever gave me was the skill to realize, make a list to get through the day because I would just get up and freak out at life, at just being awake" (Peden, 1994, s. 80)

Ett stort antal handlingar som utfördes som vardagsrutiner togs upp, såsom att klä på sig varje morgon eller gå ut regelbundet. Särskilt förekommande var dessa strategier i

studierna av Grieken et al. (2013) och Grieken et al. (2014) där deltagare fått lista alla strategier de använde under sin depression. Av dessa var några av de viktigaste enligt deltagarna att sätta realistiska kortsiktiga mål, att se till att få tillräcklig vila för att undvika utmattning och att hålla en bra dygnsrytm. Andra strategier utgjordes av aktiviteter som att äta hälsosamt, ta varje möjlighet till att städa i sitt hem och att ta sina mediciner vid en specifik tid och/eller plats.

Att leva sitt liv

Att leva sitt liv handlar om de aktiviteter som ger glädje och mening i livet. Det innebär att fortsätta leva sitt liv trots depressionen. En viktig strategi i Grieken et al.:s (2013) artikel var att finna strategier för att skapa behaglig förströelse. Chambers et al. (2015) tar upp att det för deltagarna i deras studie var motiverande med dessa aktiviteter eftersom det hjälpte dem att hålla sig aktiva även vid sämre mående. Detta innebar både att ta tid för sig själv och att umgås med andra, något som Chambers et al. (2015) tog upp som hopp- och meningsgivande för deltagarna i deras studie. Att ta tid för sig själv kunde betyda att ta sig till en egen plats för att slappna av och återhämta sig (Scattolon & Stoppard, 1999; Skärsäter et al., 2003b). I majoriteten av studierna togs att måla, läsa böcker, lyssna på musik och föra en blogg eller dagbok upp som hjälpsamma aktiviteter (Chambers et al., 2015; Grieken et al., 2013; Grieken et al., 2014; Skärsäter et al., 2003a; Skärsäter et al., 2003b; Peden, 1994). I samma artiklar är fysisk aktivitet en tydlig strategi och det nämns exempelvis i kommentaren "I work out regularly. I think that helps me a lot" (Peden, 1996, s. 81) från en deltagare.

Att spendera tid med andra gav för deltagarna i studien av Skärsäter et al. (2003b) perspektiv på livet och ökade deras självtillit. Att socialisera med andra och umgås med djur var av stor vikt för deltagarna i Chambers et al.:s studie (2015). Flera deltagare i artikeln av Scattolon & Stoppard (1999) hade deltagit i stödgrupper, där en av dessa verkade värdesätta det sociala högst:

"They'd meet once a week and the idea is mothers come ... just to socialize with each other ... but a number of them have said to me this has been a life saver ... just to talk to another adult" (Scattolon & Stoppard, 1999, s. 216)

Scattolon & Stoppard (1999) tyder detta som att deltagaren inte i första hand tydde sig till andras råd till skillnad från andra deltagare i deras studie, utan istället främst använde tiden till att vara bland andra och umgås. Även i Grieken et al. (2013) och Grieken et al. (2014) togs umgänge upp som strategi, samt även att söka efter nya kontakter.

Sysselsättning och att slutföra uppgifter var för deltagare i flera studier något viktigt (Chambers et al., 2015; Grieken et al., 2013; Grieken et al., 2014; Ramirez & Badger, 2014; Skärsäter et al., 2003b), och det gav en känsla av framgång (Chambers et al., 2015; Ramirez & Badger, 2014). Denna känsla kunde även stärkas av att göra något för andra och också få uppskattning för detta (Chambers et al., 2015). I studien av Ramirez & Badger (2014) tog en deltagare upp känslan av tillhörighet som kom från att hjälpa andra, och volontärarbete togs upp som exempel på meningsfull sysselsättning (Grieken et al., 2013; Grieken et al., 2014).

Sjukdomsrelaterade strategier

Denna kategori innefattar egna interventioner, professionella interventioner, att acceptera depressionen samt information och ökad kunskap. Detta syftar till de

strategier som är mer direkt riktade mot sjukdomen och dess symtom, både sådant som individen själv och andra initierar. Även individens kunskap om och inställning till sin sjukdom ingår, samt strategier för att öka fokus på det positiva.

Att acceptera depressionen

I flera av artiklarna nämndes att acceptera depressionen som ett led i att komma vidare i sin återhämtning. Enligt Ramirez och Badger (2014) hörde acceptans av depression samman med att kunna sätta ord på sina upplevelser och beskriva sina känslor. En deltagare i deras studie uttryckte sig på följande sätt kring att acceptera sin depression:

“I have to admit to myself I have a condition, I don’t fight it where it comes from and move forward and I have to first forgive myself for one of the things I have not been able to achieve or to do since depression” (Ramirez & Badger, 2014, s. 26)

Männen som intervjuades i denna studie upptäckte att de var sårbara och behövde hjälp då de inte längre kunde hantera sin depression själva. När de kunde acceptera sin sjukdom började de också erkänna vad de upplevde och hur deras liv påverkades av detta. Författarna beskrev det som att deltagarna kom till insikt om sin depression och därav blev redo att möta de utmaningar som de stod inför. I studien gjord av Chambers et al. (2015) nämnde flera av deltagarna att det var viktigt att acceptera att depressionen var något de skulle kunna få leva med en längre tid och att de då behövde utveckla sätt att hantera den snarare än att endast hoppas på att den skulle försvinna. Samtidigt sa vissa av deltagarna i samma studie att de hade accepterat att de ibland bara behövde sitta ut en svår period och vänta tills den passerat. Skärsäter et al. (2003a) kopplade i sitt resultat samman att acceptera sin situation och att hitta en känsla av mening i livet.

Information och ökad kunskap

Information och att öka sin kunskap på olika sätt var viktiga delar i att hantera sin sjukdom. Skärsäter et al. (2003a) menar att männen som deltog i deras studie kunde hantera sin situation på ett bättre sätt och erhålla en känsla av kontroll då de fick information om sjukdomen, dess symtom och konsekvenser. Adekvat information hjälpte dessutom deltagarna att inte se depressionen som ett personligt nederlag. Deltagarna i Skärsäter et al.:s studie (2003b) upplevde att informationen de och deras familjer fick hjälpte dem att hitta struktur och hopp i sin annars kaotiska situation. Den satte ord på vad som hände och ökade deras kunskap kring hur de skulle kunna hantera situationen. Det gjorde också att skam och skuld i högre grad kunde undvikas. Förutom att motta information från hälso- och sjukvården var det många som på egen hand sökte efter information om sjukdomen (Chambers et al., 2015; Grieken et al., 2013; Grieken et al., 2014; Peden, 1994; Peden, 1996) genom att exempelvis läsa böcker på ämnet. En av deltagarna i en studie beskrev detta:

“I have been trying to read more about depression and about other ways that people have found have worked for them” (Chambers et al., 2015, s. 10)

Att delta i kurser och utbildningar av olika slag var även det ett sätt att få ökad kunskap (Peden, 1994; Peden, 1996). Ämnen som studerades då kunde vara stresshantering eller självsäkerhetsträning.

Egna interventioner

Med egna interventioner menas i denna subkategori de strategier som deltagarna till stor del själva tog initiativ till. Det kunde handla om samtal med andra, att ta emot hjälp från omgivningen eller att förändra sitt tankesätt. En viktig strategi för många var att få stöd genom att prata med vänner, familj och vårdpersonal, att få en möjlighet att öppna sig

och ventilera sina känslor. Enligt en deltagare i studien av Chambers et al. (2015) var det viktiga att någon annan visade omtanke:

“Just having someone to talk to was quite nice but, you know it didn’t solve my problems but it kind of, it did help a little bit I s’pose it, again it was somebody who cared, somebody who was interested” (Chambers et al., 2015, s. 9)

I studien gjord av Skärsäter et al. (2003b) framhölls i likhet med detta att deltagarna upplevde samtal med andra som ett stöd och att det lättade på den börda som sjukdomen innebar, men också att det hjälpte dem att bättre förstå sig själva. En deltagare i Scattolon & Stoppards studie (1999) uttryckte hur avgörande samtal med en vän var för att hon skulle kunna hantera sin situation:

“ Thank god I had a friend two doors away...before she went to work, and then when she came home, she’d run over and have a cup of tea or something...I give her all the credit for pulling me through that because I didn’t go to a doctor” (Scattolon & Stoppard, 1999, s. 215)

För många var det betydelsefullt att få dela sin erfarenhet av depression med andra som var i en liknande situation. Detta gav bland annat en känsla av att vara “normal” och att inte vara ensam i att leva med depressiva symtom (Scattolon & Stoppard, 1999). Både i studien gjord 2013 av Grieken et al. och i studien gjord 2014 av Grieken et al. formulerade deltagarna en strategi som bestod av att söka kontakt med andra med samma sjukdom. En manlig deltagare i Ramirez och Badgers (2014) studie fick sina känslor bekräftade genom att han talade med vänner om hur han kände och då förstod att andra kämpade med liknande känslor. Detta hjälpte honom i återhämtningen från depressionen. Chuick et al. (2009) lyfte i sitt resultat fram hur avgörande utomstående personer var för att deltagarna i deras studie skulle kunna ta sig ut ur depressionen. De menade att deltagarna behövde någon som kunde influera dem att ta itu med sina problem på ett annat sätt än de gjorde eller att söka professionell hjälp. Oftast var det partnern till deltagaren som hade denna roll. Kvinnliga informanter i Skärsäter et al.:s studie (2003b) beskrev ett annat sätt på vilket de anhöriga stöttade, nämligen genom att de temporärt tog över kvinnornas ansvarsområden i hemmet fram tills dess att de själva kunde klara av det dagliga livet igen.

En annan del av denna subkategori är att ta emot hjälp och inkludera andra i sitt mående och i sin sjukdom. I två studier (Grieken et al., 2013; Grieken et al. 2014) tog deltagarna vid ett flertal tillfällen upp strategier som var relaterade till att informera sina anhöriga, vänner och kollegor om sjukdomen samt att involvera dem på olika sätt, exempelvis i sin behandling. I Grieken et al.:s studie (2014) rankades dessa strategier bland de viktigaste. Några deltagare i en annan studie involverade sina anhöriga till den grad att de förlitade sig på sin familj att varna när depressionen verkade försämrats, då de själva hade svårt att upptäcka dessa tecken (Chambers et al., 2015).

Att medvetet öka sitt fokus på det positiva och minska fokus på det negativa, var något som återkom i många av artiklarna. Många av deltagarna uppgav att de hade olika sätt att fokusera på positiva tankar, minnen och personer. Vissa använde positiva mantran eller påståenden, andra förde dagbok över sina känslor eller skrev ner positiva påståenden (Grieken et al., 2013; Grieken et al., 2014; Peden, 1994; Peden, 1996; Skärsäter et al., 2003b). Ett exempel på detta beskrev en deltagare i Pedens studie (1994):

“I would have quotations, I mean I would memorize these statements, positive statements and I mean that helped me at first as much as anything. And I memorized those, about six of them that I really felt like I could apply to my life ... and just ruminating those instead of a bad thought, would get me through a bad time” (Peden, 1994, s. 80)

Det var även viktigt att öka sin självkänsla på olika sätt. Att hitta en positiv självbild och att acceptera sig själv var viktigt för att kunna gå emot den självkritik och självföreläsa som så ofta kännetecknade depressionen (Chambers et al., 2015). En kvinnlig deltagare i Pedens studie (1994) var noga med att säga något positivt om sig själv när något negativt hade sagts. En ytterligare aspekt av att öka det positiva tänkandet var hur man tänkte kring sin sjukdom. För några deltagare i Chambers et al. (2015) var det betydelsefullt att uppmärksamma bättre mående och fokusera på det. Några deltagare i samma studie tyckte att det var viktigt att komma ihåg att depressionen kan lindras. I ett par andra studier beskrevs en strategi som innebar att personerna ignorerade den trötthet som var kopplad till depressionen (Grieken et al., 2013; Grieken et al. 2014).

Professionella interventioner

Professionella interventioner innefattar sådant som är direkt kopplat till hälso- och sjukvård eller liknande instanser. Den kontinuerliga kontakten med vårdpersonal eller möjligheten att kunna kontakta dem gav en känsla av att inte vara ensam, enligt kvinnorna i en studie (Skärsäter et al., 2003b). I Grieken et al.:s studie (2014) var den näst viktigaste strategin av femtio formulerade strategier just att vidhålla långsiktigt professionellt stöd.

Att använda olika typer av läkemedel nämndes i två olika studier som ett betydelsefullt sätt att hantera depressionen (Chambers et al., 2015; Chuick et al., 2009). Relaterat till detta nämndes också i ett par andra artiklar vikten av att ha professionellt stöd under själva läkemedelsbehandlingen (Grieken et al., 2013; Grieken et al. 2014). Även terapi i olika former nämndes som framgångsrika hanteringsstrategier ett flertal gånger. Både individuell terapi, parterapi, gruppterapi och religiös rådgivning togs upp som långsiktigt främjande strategier i Chuick et al.:s studie (2009). I likhet med detta nämndes deltagande i stödgrupper som en viktig faktor i ett par olika studier. Det beskrevs i en av dem som ett verktyg som försåg med råd och information kring hanteringen av depression (Scattolon & Stoppard, 1999). En deltagare i en annan studie betonade tydligt vikten av stödgrupper:

“ I think everyone who comes out of a hospital needs some other person they can talk to or some kind of group because what happens is you're going out into the same atmosphere that you came from and you start feeling better because you're away from it. It's real important to have support during this transitional period ” (Peden, 1996, s. 293)

Det var inte endast terapin i sig, utan relationen med terapeuten och terapins kvalitet som var av betydelse. En deltagare i Ramirez och Badgers studie (2014) talade om vikten av att finna en terapeut med vilken anknytning kunde bildas, liksom det i Griekens et al.:s studie (2014) formulerades en strategi som innebar att hitta en terapeut som personen kunde känna en koppling till. En annan formulerad strategi visade dessutom på att deltagarna var beredda att byta terapeut om detta inte fungerade: “finding someone new when the relationship between therapist and patient is not

compatible” (Grieken et al., 2013, s. 1343). I samma studie menade deltagarna att det även fanns andra skäl till att byta terapeut: “finding a different therapist when there is limited progress” (Grieken et al., 2013, s. 1343).

Diskussion

Metoddiskussion

Den valda metoden för studien var litteraturöversikt, då syftet var att *beskriva* det valda problemområdet (Friberg, 2012). Med hjälp av denna metod kunde syftet besvaras. För att göra ett noggrant urval av artiklar och för att få en så tydlig bild av problemområdet som möjligt, lades mycket tid på själva sökprocessen för att finna lämpliga artiklar som motsvarade syftet. Det visade sig vara ett relativt spretigt forskningsområde, där många studier var gjorda på avgränsade grupper med informanter bundna till sin kontext. Det var därför tidskrävande att finna tillräckligt många artiklar som underlag till studien där resultatet i största möjliga mån skulle kunna gå att överföra till den svenska sjukvården. Särskilt svårt var det att finna studier som specifikt berörde hanteringsstrategier hos män med depression. PsycINFO visade sig vara den databas där flest lämpliga artiklar kunde hittas, men även Cinahl användes. Både PubMed och Scopus användes i den primära sökningen, men tillförde ej något nytt material. Vad gällde sökord visade det sig finnas flera som motsvarade syftet och i olika studier användes olika begrepp för att beskriva snarlika fenomen, något som gjorde det svårt att få en tydlig bild av hur detta ämne skulle undersökas på bästa sätt. Att läsa olika översiktsartiklar inom ämnet gjorde ändå att en mer tydlig bild av problemområdet framkom.

Vilket årtal artiklarna publicerades var inte något som avgjorde om de togs med i studien eller inte. Detta för att strategierna i artiklarnas resultat inte verkar skilja sig åt beroende på tidskontext. Det fanns inte heller tillräckligt med studier för att kunna exkludera dem utifrån publiceringsår. Artiklarna som användes var gjorda i Sverige, USA, Storbritannien, Nederländerna och Kanada - länder som är relativt lika Sverige när det kommer till ekonomi och utvecklingsnivå. Vårdsystemen har delvis olika uppbyggnad, men författarna anser ändå att resultatet kan vara överförbart till den svenska kontexten, då vården är välutvecklad i alla dessa länder. Vad gäller ålder anses resultatet överförbart till vuxna, eftersom det är denna grupp artiklarna inkluderar. Etiska överväganden diskuterades i fyra av de tio artiklarna. Resterande artiklar tog inte upp något om etiska överväganden, men de tidskrifter som artiklarna är publicerade i har alla etiska riktlinjer som publicerat material ska uppnå.

De valda artiklarna granskades enligt SBU:s granskningsmall för studier med kvalitativ forskningsmetod (2014), vilket ansågs vara en lämplig mall då SBU är en betrodd statlig myndighet. Granskningen delades upp mellan författarna, vilket kan ses som en nackdel. Med den tidsbegränsning som fanns ansågs detta ändå vara det mest lämpliga. Artiklarna diskuterades också efter granskningen och författarna valde tillsammans ut vilka artiklar som höll tillräckligt hög nivå för att tas med i studien. Alla de valda artiklarna var kvalitativa, men två av dem hade en blandad metod, så kallad “concept mapping”. Dessa ansågs tillföra viktiga resultat som motsvarade studiens syfte. En kvalitativ ansats var passande, då patienternas egna upplevelser var det som eftersöktes. En av artiklarna höll en delvis lägre kvalitet och passade inte fullt ut med syftet, då informanterna inte hade diagnosen egentlig depression (Scattolon & Stoppard, 1999). Under studien hade deltagarna dock bedömts enligt skalan “Becks Depression Inventory

Scale” och där hade alla deltagare utom en uppnått kriterier för depression. Enligt Socialstyrelsen (u.å.) är detta en skala som kan användas för att mäta grad av depressivitet, den är dock inte kvalitetsgranskad av Socialstyrelsen. En annan anledning till att denna artikel skiljer sig från de övriga var att ingen av deltagarna skulle ha sökt professionell hjälp för sina problem. Även om artikeln på vissa punkter inte ansågs hålla samma kvalitet som övriga artiklar tillförde den intressanta resultat som bekräftade det övriga resultatet, varpå författarna valde att ändå ha med den i studien.

Kvalitativ innehållsanalys valdes som analysmetod. Den vägledde författarna i att noggrant och systematiskt gå igenom artiklarnas resultat för att få med allt det som svarade på studiens syfte. De meningsbärande enheterna togs ut separat och diskuterades sedan tillsammans, vilket gjorde att så lite som möjligt av vikt i artiklarna missades. Artiklarna delades sedan upp och författarna kodade separat. Detta gjordes för att effektivisera analysprocessen. Om mer tid funnits kunde det ha stärkt reliabiliteten att båda författarna kodat allt separat och sedan jämfört. Nu diskuterades dock de olika delarna gemensamt och författarna nådde konsensus om att koderna var lämpliga. Koderna kategoriserades sedan. Detta var en lång process där författarna med jämna mellanrum gick tillbaka till kontexten varifrån koderna var tagna för att de inte skulle vara lösryckta ur sitt sammanhang och för att trovärdigheten skulle säkras. Enligt Lazarus (2000) finns inga allmängiltigt effektiva eller ineffektiva copingstrategier och det är därför problematiskt att kategorisera eller värdera strategier utifrån om de är främjande för hälsa eller inte. Författarna var dock noga med att se till hur strategierna presenterats och framställts i artiklarna för att därefter kategorisera dem. Detta för att begränsa författarnas egna tolkningar. Kategorierna sågs över av en utomstående person och dessa tillsammans med analysen sågs över av handledaren till examensarbetet, vilket stärker trovärdigheten. Den egna förståelsen hanterades inte på något tydligt sätt, vilket är en svaghet i studien då det kan ha påverkat dataanalysen. Analysens kvalitet kan även ha påverkats av att det var första gången som författarna genomförde denna typ av analys. Författarna har i största möjliga mån sökt vara trogna originalartiklarnas resultat och perspektiv, det vill säga sökt presentera dessa på ett sätt som överensstämmer med hur de är framställda, vilket är viktigt ur en etisk synpunkt.

Resultatdiskussion

Denna litteraturöversikt har undersökt hur personer med egentlig depression hanterar sin sjukdom i det vardagliga livet. Resultatet visar att det inte räckte med enskilda strategier för att hantera depressionen, utan att det var en kombination av flera som gjorde att deltagarna kunde ha ett fungerande dagligt liv och nå återhämtning. Det är också tydligt att olika typer av kategorier hänger ihop med varandra. Insikt och acceptans kring sjukdomen kunde vara något som ledde till ökad insamling av information, vilket i sin tur ledde till ökat ansvar i att hantera sin sjukdom. Ett ökat ansvarstagande gjorde att personerna började ta egna initiativ till att hantera sin sjukdom och sökte professionell hjälp. Nedan diskuteras de viktigaste fynden i de olika kategorierna relaterat till teorier, begrepp och tidigare forskning.

Att dölja sina negativa känslor och symtomen på sin sjukdom var något som framkom som vanligt förekommande i flera av artiklarna. Orsaker sas vara en känsla av utanförskap eller stigmatisering som medförde en press att vara på ett visst sätt. Värt att nämna är att det i huvudsak var artiklar med bara manliga deltagare som tog upp strategin att dölja sin sjukdom (Chuick et al., 2009; Ramirez & Badger, 2014). I båda dessa artiklar gjordes en koppling till att normen för maskulinitet var en bidragande orsak till att männen dolde sin sjukdom för dem runtomkring. Wasserman (2003)

skriver i enlighet med detta att det inte är förenligt med mannens roll i dagens samhälle att visa sig svag, gråta inför andra eller att söka vård på grund av depression. Hon menar att detta kan bidra till att män förnekar sina depressioner, men också att det gör dem obenägna att prata om att de känner sig nedstämda. Vad gällde de kvinnliga deltagarna i Scattolon och Stoppards studie (1999) så menade de i huvudsak att deras val att dölja sin sjukdom snarare handlade om ett tabu som fanns i det samhälle där de bodde och att samhällets storlek gjorde att de undvek att söka vård då de var bekanta med personer som arbetade inom hälso- och sjukvården där. Allgulander (2014) skriver att psykisk ohälsa omges av både myter och stigma, men menar också att det troligen blivit mer accepterat att söka vård för psykisk ohälsa idag och att attityder och fördomar gentemot det har förändrats.

När det gäller användning av substanser såsom alkohol och droger var det endast i artiklar med manliga deltagare som detta nämdes (Chuiet et al., 2009; Ramirez & Badger, 2014). Enligt Wasserman (2003) är det inte ovanligt att personer med depression självmedicinerar med alkohol. Studier visar att det bland kvinnor med samtidig depression och alkoholberoende är mer än två tredjedelar som blivit alkoholberoende efter insjuknandet i depression (Wasserman, 2003). Av männen är det däremot bara en femtedel vars depression debuterat innan alkoholberoendet. Även om användning av alkohol ger en kortvarig lindring så leder det i förlängningen till djupare ångest och depression. Om alkohol missbrukas under en längre tid uppstår dessutom en tolerans, vilket innebär att mer och mer alkohol krävs för att lindra de depressiva symtomen. Det är av denna anledning aldrig en bra metod att dricka alkohol för att lindra ångest eller depressiva känslor.

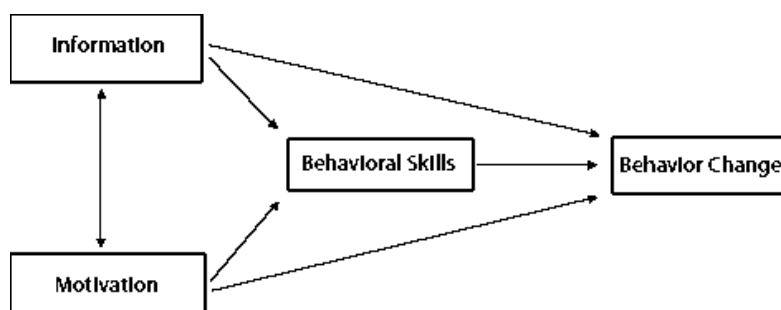
Att vidmakthålla en vardag med struktur och regelbundenhet är viktigt för personer med depression och anpassning av sysselsättning kan motarbeta en nedåtgående spiral av ohälsa (Skärsäter, 2010). Likt resultatet innefattar detta att balansera bland annat vila och aktivitet, vilka båda bidrar till återhämtning. Aktivering hjälper till att bryta negativa tankar och minskar risken för att utlösa ångest eller utöka de negativa tankarna, vilket bidrar till vila likväl som sömn och avspänning.

Det går även att anknyta dessa strategier till Antonovskys begrepp *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014). De strategier som används för att uppnå balans och regelbundenhet skulle kunna ses som försök att öka känslan av ordning för att uppnå begriplighet. Strävan efter hanterbarhet i sin tur kan illustreras av att socialt umgänge och att söka nya kontakter är en viktig strategi i många artiklar, medan vikten av meningsfullhet visas med strategier som slutförande av uppgifter, att hjälpa andra och söka arbete. Känslan av meningsfullhet beskrivs som den viktigaste komponenten av de salutogena begreppen. Hög meningsfullhet kan kompensera för låg begriplighet och hanterbarhet, men däremot är det osannolikt att hög begriplighet och hanterbarhet kan kompensera för låg meningsfullhet (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014). Det är därför ett oväntat fynd att strategierna för att finna mening och behovet av att finna mening tas upp förhållandevis lite i de analyserade studierna. De är även relativt lågt prioriterade (Grieken et al., 2013; Grieken et al., 2014). Det skulle kunna bero på att strategier som inte har som syfte att öka känsla av mening ändå bidrar till detta, eller att de deltagare som ingår i studier redan upplever meningsfullhet och istället kämpar med begriplighet och hanterbarhet.

I ett flertal artiklar lyftes det fram att acceptans av sjukdomen var en främjande faktor för hälsan och återhämtningsprocessen. Att acceptera sin sjukdom inbegrep exempelvis

att deltagarna kom till insikt om sin egen sårbarhet (Ramirez & Badger, 2014). Travelbee (1971) lyfter i sin teori fram vikten av att vårdtagare inser sin mänsklighet och sin skörhet för att kunna komma vidare och finna mening med sin sjukdom, vilket kan vara en viktig del av omvårdnaden. I motsats till att acceptera sin sjukdom nämndes det i några artiklar att deltagarna istället för att acceptera sin sjukdom förnekade de negativa känslorna och fortsatte som förut, genom att exempelvis lägga mycket fokus på uppgifter i hemmet och på jobbet (Chuick et al., 2009; Ramirez & Badger, 2014; Scattolon & Stoppard, 1999). I Chuick et al.'s studie (2009) sågs detta undvikande beteende som en korttidsstrategi, det vill säga som något som gav tillfällig lindring men som i det långsiktiga perspektivet var en negativ faktor för personens hälsa.

Strategier kopplade till att få information och ökad kunskap om sin sjukdom var några av de strategier som var mest förekommande. Det var något som hjälpte deltagarna att hantera sin situation (Skärsäter et al., 2003a) och som främjade deras återhämtning (Peden, 1994). Alla vårdtagare har rätt att få information både om sin sjukdom eller sitt hälsotillstånd, samt om de alternativa strategier som finns för att de själva ska kunna upprätthålla hälsa (Tingström, 2014). Det betyder att de ska få tillräckligt med utbildning för att kunna ta eget ansvar och egna beslut kring behandling och eventuella livsstilsförändringar. Sjuksköterskan kan informera om sjukdomsprocessen, hjälpa patienten att utveckla färdigheter för att klara sin egenvård och hjälpa patienten att se sina resurser (Seed & Torkelson, 2012), vilket överensstämmer med den stödjande och utbildande vårdtypen Orem (1991) beskriver som en del av sjuksköterskans yrke. Patienten ska då bli den huvudsakliga utövaren av egenvård, vilket leder till känslor av egenmakt och delaktighet (Seed & Torkelson, 2012). Världshälsoorganisationen (Sabaté, 2003) har skapat en modell som visar vad personer med långvariga sjukdomstillstånd behöver för att själva kunna främja sin hälsa, se följande figur.



Figur 3. Information-motivation-behavioural skills model.
(Sabaté, 2003, s. 141)

Information innebär här grundläggande information om sjukdomen vilket kan innefatta hur sjukdomen utvecklas och vilka strategier som kan användas för att effektivt hantera den. Vad gäller motivation innefattar det personens attityd gentemot följsamhet, dennes sociala stöd och hur personen uppfattar hur andra med samma sjukdom uppträder. Behavioural skills, eller förmågor eller färdigheter, handlar om att se till att patienten har de verktyg eller strategier som behövs för att uppnå följsamhet (Sabaté, 2003). Det räcker alltså inte bara med information för att en persons hälsa ska kunna främjas, men den är ett viktigt led i processen. Precis som i denna modell var betydelsen av att veta hur andra med samma sjukdom uppträder eller hanterar sin situation något som framträdde i denna studies resultat.

Travelbee (1971) beskriver hopp som något som möjliggör för människor att kunna hantera svåra och stressiga situationer, tragedier, misslyckanden, ensamhet och lidanden. Hopp ger motivation att överkomma hinder och ta itu med svåra uppgifter. Jormfeldt och Svedberg (2006) skriver att hopp stimulerar återhämtning, att det både inspirerar till mer positiva förväntningar på förbättring och motverkar depression och suicid. De menar att hopp kan vara en livsuppehållande kraft hos människor som upplever stark ångest och förtvivlan. Den del av resultatet som inbegrep olika sätt att öka sitt fokus på det positiva, kan tydligt kopplas till begreppet hopp. Deltagarna använde olika metoder för att öka sitt positiva eller hoppfulla tänkande kring sin situation och sjukdom eller kring sin självbild, vilket föreföll främjande för deras återhämtning. Enligt Travelbee (1971) är det sjuksköterskans uppgift att hjälpa den sjuka personen att uppleva hopp, genom att ge denne verktyg. Ett sätt att göra detta skulle kunna vara att informera om den typ av metoder som deltagarna i de olika studierna använde sig av. Hopp har också ett samband med tillit (Travelbee, 1971). Sjuksköterskan behöver därför visa sig kapabel till och villig att hjälpa personen. Tillit är något sjuksköterskan behöver förtjäna. Seed & Torkelson (2012) skriver att utvecklandet av tillit kan stödjas av sjuksköterskans vård och omtänksamhet samt genom respekt och att personens val värdesätts.

Strategier relaterade till hälso- och sjukvården var relativt få i resultatet, men i ett par av dem som nämndes framkom att *relationen* med terapeuten var viktig (Grieken et al., 2014; Ramirez & Badger, 2014). Deltagarna ville känna att det fanns en koppling eller anknytning mellan dem och den professionella person de träffade. Det här kan relateras till den mellanmänniskliga relation som Travelbee talar om när hon beskriver hur omvårdnadens syfte ska kunna uppnås (1971). Hon menar att det är av största vikt hur mötet mellan vårdtagare och sjuksköterska ser ut, att de behöver möta varandra som två unika individer för att möjliggöra den mellanmänniskliga relation som är avgörande för att sjuksköterskan ska kunna hjälpa vårdtagaren att hantera sjukdom och lidande.

Implikationer och slutsats

Denna litteraturoversikt visar på att det finns en mängd olika strategier som kan användas för att hantera depression. Enligt Orems modell (1991) är omvårdnadens mål att stödja patienten till att uppnå adekvat egenvårdsförmåga och förebygga egenvårdsbrist. En del i detta är att utbilda och rådgiva patienten. Detta motiverar varför sjuksköterskan bör ha kunskap om de strategier som används för att hantera depression och som möjliggör återhämtning. De strategier som i de granskade artiklarna lyfts fram som främjande för måendet skulle kunna informeras om till vuxna patienter med depression på en vårdinrättning så att de ser bredden av användbara metoder och själva kan välja de som passar deras livssituation. På detta sätt blir vården mer individanpassad och patienten ges en ökad delaktighet i sin återhämtning.

Resultatet i denna studie visar att ökad kunskap, ökat hopp eller att acceptera sin sjukdom är viktigt för dessa patienter. Det här är sådant som sjuksköterskan på olika sätt kan bidra till i omvårdnaden, exempelvis genom att ge adekvat information anpassad till patientens förståelse, lära ut tekniker för att tänka positiva tankar om sig själv och sin situation eller genom att på olika sätt möjliggöra för patienter med samma sjukdom att få mötas och dela erfarenheter.

Fynden pekar på de skillnader som finns i hur män och kvinnor hanterar en depression och att män i större utsträckning döljer sin sjukdom till följd av normer och socialt tryck. Det kan av denna anledning även vara av vikt att ha kunskap om de strategier

som inte är långsiktigt främjande för att lättare upptäcka de atypiska tecken män uppvisar. Det kan även vara av värde att känna till dessa strategier för att bättre förstå patienter med depression.

Vad gäller fortsatt forskning behövs det fler studier på hur män uttrycker och hanterar depression. Dels för att lättare kunna upptäcka depression hos män, men även för att kunna ge en mer anpassad vård. Mer forskning skulle även behövas kring vilka strategier som faktiskt är långsiktigt främjande eller inte för den psykiska hälsan. Det skulle hjälpa sjuksköterskor och annan vårdpersonal att kunna ge evidensbaserade råd till patienter med depression. Att i sjuksköterskors grundutbildning få undervisning om hanteringsstrategier vid depression skulle kunna bidra till ett tydligare omvårdnadsfokus för sjuksköterskor i vården av personer med egentlig depression.

Referenslista

- Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri* (3. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Chambers, E., Cook, S., Thake, A., Foster, A., Shaw, S., Hutten, R., & Ricketts, T. (2015). The self-management of longer-term depression: learning from the patient, a qualitative study. *BMC psychiatry*, 15(1), 172.
- Chuick, C. D., Greenfeld, J. M., Greenberg, S. T., Shepard, S. J., Cochran, S. V., & Haley, J. T. (2009). A qualitative investigation of depression in men. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(4), 302-313.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, M., Granström, O., Omérov, S., Jacob, J., & Landén, M. (2013). The societal cost of depression: evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care. *Journal of affective disorders*, 150(3), 790-797.
- Eldh, A. C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A. Edberg, H. Wijk & M. Castoriano (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 45-63). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., Nabitz, U. W., & Schene, A. H. (2013). Patients' perspective on self-management in the recovery from depression. *Health Expectations*, 18(5), 1339-1348.
- Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., & Schene, A. H. (2014). Helpful self-management strategies to cope with enduring depression from the patients' point of view: a concept map study. *BMC psychiatry*, 14(1), 331.
- Jormfeldt, H. (2006). Hälsa i psykiatrisk omvårdnad - autonomi, gemenskap och meningsfulla handlingar. I B. Arvidsson & I. Skärsäter (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad - att stödja hälsofrämjande processer* (s. 21-37). Lund: Studentlitteratur.
- Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2006). Hopp - en förutsättning för återhämtning. I B. Arvidsson & I. Skärsäter (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad - att stödja hälsofrämjande processer* (s. 169-182). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Langius-Eklöf A., Sundberg K. (2014). Känsla av Sammanhang. I A. Edberg, & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 53-72). Lund: Studentlitteratur.

- Lazarus, R. S. (2000). Evolution of a Model of Stress, Coping, and Discrete Emotions. I Rice, V. H. *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (s. 195-222). London: SAGE
- Mattsson, M. (2010). Psykoser. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (s. 95-119). Lund: Studentlitteratur.
- Orem, D. E. (1991). Nursing: Concepts of practice (4.th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Peden, A. R. (1994). Up from depression: strategies used by women recovering from depression. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 1(2), 77-83.
- Peden, A. R. (1996). Recovering from depression: a one- year follow- up. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 3(5), 289-295.
- Ramirez, J. L., & Badger, T. A. (2014). Men Navigating Inward and Outward Through Depression. *Archives of psychiatric nursing*, 28(1), 21-28.
- Sabaté, E. (2003). (ed.) Adherence to long-term therapies: evidence for action, World Health Organization, Geneva, Switzerland 2003.
- Scattolon, Y., & Stoppard, J. M. (1999). "Getting on with life": Women's experiences and ways of coping with depression. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 40(2), 205-219.
- Seed, M. S., & Torkelson, D. J. (2012). Beginning the recovery journey in acute psychiatric care: Using concepts from Orem's self-care deficit nursing theory. *Issues in mental health nursing*, 33(6), 394-398.
- Skärsäter, I., Dencker, K., Häggström, L., & Fridlund, B. (2003a). A salutogenetic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support. *International journal of nursing studies*, 40(2), 153-162.
- Skärsäter, I., Dencker, K., Bergbom, I., Häggström, L., & Fridlund, B. (2003b). Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(4), 419-439.
- Skärsäter, I. (2006). Återhämtning från depression - är det skillnad på män och kvinnor. I B. Arvidsson & I. Skärsäter (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad - att stödja hälsofrämjande processer* (s. 101-122). Lund: Studentlitteratur.
- Skärsäter, I. (2010). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (s. 66-93). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2011). *Depression*. Hämtad 2015-11-10, från <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/halsoproblem/Depression/Sidor/default.aspx>
- Socialstyrelsen. (u.å.). *BDI (Becks Depression Inventory)*. Hämtad 2015-11-22, från <https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/bdi>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad - Behandling av personer med depressionssjukdom*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Granskningsmallar*. Hämtad 2015-11-16, från http://www.sbu.se/sv/var_metod/Granskningsmallar/

Svedberg, P. (2006). Hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad. I B. Arvidsson & I. Skärsäter (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad - att stödja hälsofrämjande processer* (s. 39-61). Lund: Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Tingström, P. (2014). Information och utbildning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 594-621). Lund: Studentlitteratur.

Travelbee, Joyce. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Wasserman, D. (2003). *Depression - en vanlig sjukdom: Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter* (3 utg. ed.). Stockholm: Natur och kultur.

World Health Organisation. (2015). *Depression*. Hämtad 2015-11-10, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organisation. (2015). *Health*. Hämtad 2015-11-10, från <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>

World Health Organisation. (2015). *Health promotion*. Hämtad 2015-11-10, från http://www.who.int/topics/health_promotion/en/

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1. Söktabell.

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade	Valda artiklar
151012	PsycINFO	ti(depress*) AND ti(cope*)	Peer Reviewed	30	5	3	<i>A salutogenic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support</i>
151012	PsycINFO	ti(depress*) AND ti(coping*) AND qualitative	Peer Reviewed	38	6	4	<i>Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach</i> <i>"Getting on with life": Women's experiences and ways of coping with depression</i>
151012	Cinahl	(MJ"depression") AND (MJ"self care") AND qualitative	Peer Reviewed	18	1	1	<i>Up from depression: strategies used by women recovering from depression</i>
151012	Cinahl	TI("self management") AND TI("depress*")	Peer Reviewed	41	6	3	<i>Patients' perspective on self-management in the recovery from depression</i>
151013	PsycINFO	mjsub("self management") AND mjsub("major depression") AND "patients perspective"	Peer Reviewed	2	2	2	<i>The self-management of longer-term depression: Learning from the patient, a qualitative study</i> <i>Helpful self-management strategies to cope with enduring depression from the patients' point of view: A concept map study</i>
151012	PsycINFO	ti(depress*) AND ti(coping*)	Adulthood (18 år och äldre) Qualitative Study Peer Reviewed	19	14	8	-

151016	PsycINFO	ti(depression) AND ti(men) AND qualitative	Peer Reviewed	50	13	2	<i>A Qualitative Investigation of Depression in Men</i> <i>Men navigating inward and outward through depression</i>
151016	Manuell sökning	Via referenslistan i <i>Up from depression: strategies used by women recovering from depression</i>				1	<i>Recovery from depression: a one-year follow-up</i>

Bilaga 2. Artikelöversikt.

Titel, författare, tidskrift, årtal, land	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Bedömning kvalitet
<p>Titel: <i>A Qualitative Investigation of Depression in Men</i></p> <p>Författare: Christopher D. Chuick, Jay M. Greenfeld, Stefanie Teri Greenberg, Samuel J Shepard, Sam V. Cochran och James T. Haley</p> <p>Tidskrift: Psychology of Men and Masculinity</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet var att göra en djupgående undersökning av mäns upplevelse av depression.</p>	<p>Deltagarna var 15 män (24-75 år gamla) som alla hade fått diagnosen depression och behandlats inom de senaste fem åren. De rekryterades via annonser i det lokala sjukhusets tidning samt annonser på olika platser i samhället (affärer, bussar, anslagstavlor). En heterogen grupp eftersöktes.</p>	<p>Kvalitativ studie med grounded theory som analysmetod. Datainsamlingen bestod av två djupintervjuer, den andra cirka åtta månader efter den första. Vid den andra intervjun fick deltagarna ge respons på det analyserade resultatet från den första intervjun. Sju av deltagarna genomförde den andra intervjun.</p>	<p>Resultatet presenterades i olika kategorier: "Typical-Atypical Symptoms", "Aggravating Factors", "Mitigating Factors", "Short-Term Remedies", "Long-Term Remedies", "Trial and Error", "Effects of Masculinity", "Recognizing Depression in Men" och "Suggestions for Men". En modell utvecklades för att visa mäns erfarenheter av depression.</p>	<p>Hög</p> <p>Styrkor: Tydlig bakgrund och utgångspunkt i tidigare forskning. Tydligt beskriven analys och resultat. Diskuterar både förståelse, begränsningar och hur resultaten kan användas framöver.</p> <p>Svagheter: En relativt homogen grupp deltagare. Mer än hälften medverkade ej vid uppföljningsintervjuer. Diskuterar ej data- och analysmättnad eller etik.</p>

<p>Titel: <i>A salutogenic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support</i></p> <p>Författare: Ingela Skärsäter, Karina Dencker, Lars Häggström och Bengt Fridlund</p> <p>Tidskrift: International Journal of Nursing Studies</p> <p>Årtal: 2003</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet var att utifrån ett salutogent perspektiv beskriva hur män hanterar depression i det dagliga livet med hjälp av professionella och lekmän.</p>	<p>12 män med egentlig depression enligt DSM-4 som varit inlagda på sjukhus deltog. Deltagarna var medvetet varierade enligt variabler som t ex ålder och civilstatus.</p>	<p>Deskriptiv kvalitativ design inspirerad av fenomenografi. En intervjuguide konstruerades och en pilotintervju för att testa intervjufrågorna genomfördes. Intervjuerna hade en medellängd på 50 minuter och utfördes på en plats vald av informanten.</p>	<p>Fyra kategorier konstruerades: "Being unburdened", "Restoring one's health", "Feeling involved" och "Finding meaning". Män tar emot hjälp och stöd till återhämtning från hälso- och sjukvården, men deras eget sätt att bli friska är att återta sina platser i det offentliga rummet. För att detta ska ske är det sociala stödet viktigt och en viktig uppgift för sjuksköterskan är därför att stötta i att upprätthålla sociala nätverk eller i att skapa ett nytt.</p>	<p>Medelhög/hög</p> <p>Styrkor: Röd tråd genom artikeln. Väl beskriven analys, alla författare var delaktiga. Diskuterar kvalitetssäkring och har etiskt godkännande.</p> <p>Svagheter: Diskuterar ej studiens begränsningar.</p>
<p>Titel: <i>"Getting on with Life": Women's Experiences and Ways of Coping with Depression</i></p> <p>Författare: Yvette Scattolon och Janet M. Stoppard</p> <p>Tidskrift: Canadian Psychology/Psychologie Canadienne</p> <p>Årtal: 1999</p> <p>Land: Kanada</p>	<p>Syftet var att utforska hur kvinnor som lever i landsbygden i de centrala delarna av New Brunswick förstår, upplever och hanterar sina känslor av lidande, utan professionell hjälp.</p>	<p>Rekrytering skedde via t ex nyhetstidningar eller flygblad på publika platser. 14 kvinnliga deltagare blev inkluderade efter kriterierna självupplevd depression eller hög stress och att de inte fått professionell behandling för depressionen. Alla utom en hade depression enligt skalan Beck Depression Inventory.</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade individuella intervjuer. Intervjuerna pågick i genomsnitt i 75 minuter hemma hos deltagarna i alla fall utom två som istället utfördes på en arbetsplats och ett universitetskontor. Transkriptionerna analyserades med hjälp av grounded theory och diskursanalys.</p>	<p>Ett huvudtema framkom i analysen: "Making sense of and dealing with depressive experiences". Exempel på hanteringssätt var tanken att behovet av hantering hörde till livet som kvinna, att söka stöd från likasinnade eller att ignorera sina upplevelser och fortsätta som vanligt med sina liv.</p>	<p>Medelhög/låg</p> <p>Styrkor: Tydlig metodbeskrivning. Deltagarna får möjlighet att läsa transkriptionen av sin egen intervju och att censurera delar de inte vill ska tas med. Resultaten diskuteras noggrant med kopplade citat.</p> <p>Svagheter: Mager problemformulering. Det förs ingen egenkritisk diskussion i artikeln, exempelvis gällande styrkor och svagheter,</p>

					överförbarhet eller etik.
<p>Titel: <i>Helpful self-management strategies to cope with enduring depression from the patients' point of view: a concept map study</i></p> <p>Författare: Rosa A van Grieken, Anneloes CE Kirkenier, Maarten WJ Koeter och Aart H Schene</p> <p>Tidskrift: BMC Psychiatry</p> <p>Årtal: 2014</p> <p>Land: Nederländerna</p>	<p>Syftet var att utforska vad patienter har för olika typer av strategier för att klara av varaktig depression i dagligt liv och vilka strategier de upplever hjälper mest.</p>	<p>Strategiskt urval. Deltagarna var 25 patienter som alla hade varaktig egentlig depression. De bjöds in på ett Akademiskt Medicinskt Center och via flera nederländska hemsidor riktade till patienter med egentlig depression.</p>	<p>Concept mapping, en kvantitativ analysmetod, användes. Deltagarna fick i fokusgrupper brainstorma i 1½ h kring en central fråga. 16 av deltagarna genererade strategier och ytterligare nio personer var med i prioritering och sortering av dessa strategier.</p>	<p>50 olika strategier som ansågs användbara togs fram. Dessa sorterades sedan i tre övergripande kluster: "A focus on the depression", "An active lifestyle" och "Participation in everyday social life".</p>	<p>Medelhög/hög</p> <p>Styrkor: Tar upp styrkor och svagheter samt diskuterar etik. Det är lätt att följa texten och betydelsen av de tabeller och figurer som används. Artikeln har en tydlig röd tråd och tydliga implikationer.</p> <p>Svagheter: Artikeln riskerar att ha låg generaliserbarhet på grund av att särskilda grupper av deprimerade personer kan ha missats.</p>
<p>Titel: <i>Men navigating inward and outward through depression</i></p> <p>Författare: Jeffery L Ramirez, Terry A Badger</p> <p>Tidskrift: Archives of Psychiatric Nursing</p> <p>Årtal: 2014</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet var att finna de grundläggande sociala och psykologiska processerna hos män som lever med depression och att bygga upp en teori som beskriver denna process.</p>	<p>Nio män inkluderades i studien efter att de hade screenats i samband med att de sökt behandling via terapeuter med privata praktiker. Deltagarna hade antingen egentlig depression eller dystymi enligt DSM-IV och uppgav att deras depression började antingen innan tonåren, under tonåren eller i tidiga tjugoårsåldern.</p>	<p>Kvalitativ metod med individuella intervjuer. Deltagarna valde plats för intervjuerna, vilka pågick mellan 60 och 90 minuter, med två intervjuer för vissa deltagare. Analysmetoden grounded theory användes för att bygga upp en teori och intervjuerna pågick till mättnad uppnåts.</p>	<p>Det framkom sex stadier som män navigerar genom: "Being different", "Concealing feelings", "Disconnecting", "Hitting bottom", "Acknowledging and Confronting" och "Healing with others". Att navigera genom dessa var ej något som skedde linjärt utan endast med början i "Being different" och med avslut i "Healing with others".</p>	<p>Medelhög</p> <p>Styrkor: Diskuterar val av metod och metodförfarande. Visar på egna begränsningar. Lätt att följa resultatet, dess kategorier och citat.</p> <p>Svagheter: Innehåller flera språkfel. Diskuterar ej etik.</p>

<p>Titel: <i>Patients' perspective on self-management in the recovery from depression</i></p> <p>Författare: Roos A. van Grieken, Anneloes C.E. Kirkenier, Maarten W.J. Koeter, Udo W. Nabitiz och Aart H. Schene</p> <p>Tidskrift: Health Expectations</p> <p>Årtal: 2013</p> <p>Land: Nederländerna</p>	<p>Syftet var att undersöka patienternas perspektiv gentemot self-management i återhämtningsfasen från depression.</p>	<p>20 patienter deltog (25-57 år gamla), som alla fått diagnosen "depressive disorder", fått behandling och nu var friska. Hälften av deltagarna bjöds in på det Akademiska Medicinska Centret i Amsterdam och hälften bjöds in via internet.</p>	<p>Deltagarna delades in i tre olika fokusgrupper där de fick diskutera vad som kan bidra till återhämtning. Grupperna kom fram till olika strategier som de även individuellt sorterade efter hur de tyckte att de hörde ihop och efter hur viktiga de var. Concept mapping användes för att analysera datan.</p>	<p>De olika strategierna presenterades i åtta kluster: "proactive attitude towards depression and treatment", "daily life strategies and rules", "explanation of the disease to others", "remaining socially engaged", "engaging in activities", "structured attention to oneself", "contact with fellow sufferers" och "other". Strategier kopplade till beteende och kognition samt att ha en proaktiv attityd gentemot behandlingen ansågs vara mest användbart.</p>	<p>Hög</p> <p>Styrkor: Väl genomförd studie med tydligt upplägg. Relevant metod och intressant resultat. Analysen beskrivs noggrant och författarna diskuterar både styrkor och svagheter med studien. Överförbarhet diskuteras på ett intressant sätt.</p> <p>Svagheter: Etik diskuteras ej, inte heller författarnas förståelse.</p>
<p>Titel: <i>Recovery from depression: a one-year follow-up</i></p> <p>Författare: Ann R. Peden</p> <p>Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p> <p>Årtal: 1996</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet var att bestämma status på återhämtningsprocessen ett år efter en tidigare studie, mer utförligt beskriva korrelationerna till processen och ge förslag på omvårdnadsåtgärder för att stötta kvinnor med depression till</p>	<p>Deltagarna hade rekryterats vid en tidigare studie av samma författare, via psykiatrisjuksköterskor och vänner. De kontaktades nu igen på telefon. Sju kvinnor deltog, de var mellan 30 och 54 år gamla och hade alla varit inlagda på sjukhus för depression men ansåg sig nu vara i återhämtningsfasen.</p>	<p>Kvalitativ studie med djupintervjuer i deltagarnas hem. Intervjuupplägget var semistrukturerat. Analysen skedde med kodning enligt Peplau.</p>	<p>Resultatet delades upp i fyra kategorier: "Status of the recovering process", "Antecedents of the process", "Assisting women with recovering" och "Consequences of participation". Åtgärder som bidrog till återhämtning var utbildningsrelaterade, sådana som gav hopp och sådana som bidrog till individualiserad</p>	<p>Medelhög</p> <p>Styrkor: Intressant med uppföljningsstudie. Bekräftar tidigare forskningsresultat. Ger flera förslag på tillämpningar av resultatet, i form av omvårdnadsåtgärder.</p> <p>Svagheter: Författaren diskuterar ej etik, förståelse, data- och analysmättnad. Inte heller studiens styrkor och svagheter diskuteras.</p>

	återhämtning.			behandling.	
<p>Titel: <i>The self-management of longer-term depression: learning from the patient, a qualitative study</i></p> <p>Författare: Eleni Chambers, Sarah Cook, Anna Thake, Alexis Foster, Sue Shaw, Rebecca Hutten, Glenys Parry och Tom Ricketts</p> <p>Tidsskrift: BMC Psychiatry</p> <p>Årtal: 2015</p> <p>Land: Storbritannien</p>	<p>Syftet med studien var att förstå hur personer med långvarig depression hanterar sitt tillstånd, hur hälso- och sjukvården bäst kan stötta self-management och huruvida principerna och konceptet med återhämtningsperspektivet kan vara fördelaktiga.</p>	<p>21 deltagare (15 kvinnor och 6 män) som hade dystymi eller långvarig/återkommande egentlig depression. De rekryterades på olika sätt för att få ett brett urval, ex via lokala tidningar, nätverk på universitet och i hälso- och sjukvården.</p>	<p>Fenomenologisk design med djupintervjuer och fokusgrupper, deltagarna fick välja vad de skulle delta i. Djupintervjuerna var semistrukturerade och analyserades med tolkande fenomenologisk analys (IPA). Diskussionen i fokusgrupperna utgick från en ämnesguide och analyserades enligt en standardanalys för fokusgrupper.</p>	<p>Fyra övergripande teman framkom: ““Experience of depression”, “The Self”, “The wider environment” och “Self-management strategies”. I detta ingick hur sådant som hopp, förtroende och motivation var positiva påverkansfaktorer och hur olika aktiviteter kunde bidra till det känslomässiga, psykiska, fysiska, sociala, andliga och kreativa välbefinnandet.</p>	<p>Hög</p> <p>Styrkor: Väl genomförd studie med tydlig struktur och röd tråd. Artikeln är etiskt godkänd och diskuterar etik utförligt. Diskuterar även sin förförståelse på ett bra sätt.</p> <p>Svagheter: Tar ej upp om resultatet är överförbart, men diskuterar tillämpningar för hälso- och sjukvård. Nämner heller inte analys- eller datamättnad.</p>
<p>Titel: <i>Up from depression: strategies used by women recovering from depression</i></p> <p>Författare: Ann R. Peden</p> <p>Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p> <p>Årtal: 1994</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet var att beskriva behandlingsstrategier, åtgärder och förmågor som används av kvinnor för att återhämta sig från depression.</p>	<p>Informanterna var sju kvinnor som hade varit inneliggande på sjukhus med diagnosen depression och som nu ansåg sig vara i återhämtningsfasen. Åldrarna 29-53 år. Författaren rekryterade deltagarna via sjuksköterskor och vänner som kände dessa kvinnor.</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie med kodning och innehållsanalys enligt Peplau. Semistrukturerade djupintervjuer med en timmes längd hölls i deltagarnas hem.</p>	<p>Tre kategorier av effektiva strategier beskrivs: “cognitive strategies”, “active behavioural strategies” och “information seeking”. För att kunna ge god psykiatrisk omvårdnad behöver sjuksköterskor ha kunskap om vilka strategier som används.</p>	<p>Medelhög</p> <p>Styrkor: Tydlig bakgrund och tydligt beskrivet resultat. Tillämpning diskuteras och överförbarhet stärks därmed.</p> <p>Svagheter: Urvalsförfarandet är inte noggrannt beskrivet. Författaren diskuterar varken etik eller begränsningar i studien. Ensam författare, framgår ej om hon tagit hjälp av andra som kritiskt granskat studien.</p>

<p>Titel: <i>Women's Conceptions of Coping with Major Depression in Daily Life: A Qualitative, Salutogenic Approach</i></p> <p>Författare: Ingela Skärsäter, Karin Dencker, Ingegerd Bergbom, Lars Häggström och Bengt Fridlund</p> <p>Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att utifrån ett salutogent perspektiv beskriva kvinnors uppfattning om att hantera depression i det dagliga livet, med hjälp från professionella och stöd från lekmän.</p>	<p>Informanterna var 13 svenskspråkiga kvinnor med diagnosen egentlig depression enligt DSM-IV. Samtliga hade varit inneliggande på sjukhus. Strategiskt urval med hänsyn till ålder, civilstånd, var de bodde etc, för att få bredd i urvalet.</p>	<p>Deskriptiv kvalitativ design inspirerad av fenomenografi. En intervjuguide konstruerades och en pilotintervju för att testa intervjufrågorna genomfördes. Intervjuerna hade en medellängd på 55 minuter och utfördes på en plats vald av informanten.</p>	<p>Fyra deskriptiva kategorier konstruerades: "Self-Healing", "Managing", "Receiving Social Support" och "Finding a Meaning". Under återhämtningen från depression behövde kvinnorna gå igenom en transition som involverade både en kognitiv och en känslomässig förståelse, och som sedan ledde till hälsorelaterade handlingar. Uppgiften för sjuksköterskor inom området psykiatrisk vård är att ge omvårdnad som hjälper patienter till egenmakt.</p>	<p>Hög</p> <p>Styrkor: Tydligt strukturerad artikel med röd tråd. Är etiskt godkänd och diskuterar kvalitetssäkring. Visar tydligt hur datan analyserats. Författarna är specialiserade inom områden relevanta för studien.</p> <p>Svagheter: Talar ej om överförbarhet och ej heller om studiens begränsningar. Citaten känns inte alltid så tydligt kopplade till rubrikerna.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bilaga 3. Exempelsida från innehållsanalys.

ME	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
all participants described attempts at addressing their negative feelings in ways that concealed their symptoms from others	addressing feelings in ways that concealed their symptoms	dölja sina symtom	Att dölja	Kortsiktiga strategier
a desire to hide internal conflicts by handling issues alone	hide internal conflicts by handling issues alone	dölja inre konflikter		
The most frequently endorsed ways masculinity was seen as affecting men's experiences with depression were related to social pressure to hide their negative emotions	social pressure to hide their negative emotions	dölja negativa känslor		
In my family in particular, there's...a negative view of someone with depression and so you didn't really let a lot of people know about it	didn't let a lot of people know about it	dölja sin sjukdom		
The big thing is we don't show weakness	don't show weakness	inte visa sig svag		